

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



**CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFİK, GELİŞİMSEL,
RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan Akın TAHİLLİOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sezen KÖSE

İZMİR 2021

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



**CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFİK, GELİŞİMSEL,
RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan Akın TAHILLIOĞLU

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sezen KÖSE

İZMİR 2021

ÖN SÖZ

*Bu çalışmanın planlanma ve veri toplanması aşamalarında bilgisi, deneyimi, tecrübesi, yol göstericiliği ve bilgeliğiyle bana çok büyük katkısı olan ve özellikle COVID-19 pandemisi döneminde tez sürecimin sağlıklı ilerleyebilmesi için büyük desteklerini gördüğüm saygıdeğer hocam **Prof. Dr. H. Serpil ERERMİŞ'e**,*

*Tez çalışmamın veri analizi ve yazım süreçlerinde hoşgörüsü, bilgisi, deneyimi ve bilgeliğini gördüğüm ve tüm bu özelliklerini örnek aldığım, bilgisini, zamanını ve deneyimlerini benimle özveriyle paylaşıp sabırla, anlayışla destek olan ve birlikte çalışmaktan gurur duyduğum tez danışman hocam **Doç. Dr. Sezen KÖSE'ye**,*

*Çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanı olma yolunda geçirdiğim süreçte bana bilgelikleri ile gerek mesleki anlamda gerekse de insani anlamda çok şey kattıklarına inandığım ve öğrencileri olmaktan dolayı gurur duyduğum başta Anabilim Dalı Başkanı hocamız **Prof. Dr. Tezan BİLDİK** olmak üzere diğer hocalarımız **Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN, Prof. Dr. Burcu ÖZBARAN, Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ** ve **Uzm. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN'a**,*

*Geçirmiş olduğum zorlu tez sürecinde verdikleri manevi destek, gösterdikleri sevgi ve dostluk ile asistanlık sürecimi anlamlandıran **Dr. Hasibe ARAS, Dr. Didem ÇELİK, Dr. Samire HÜSEYNOVA, Dr. Zeynep Gökçe Erkan İDRİS, Dr. Noorjahan MAJROH, Dr. Tuğçe ÖZCAN, Dr. Faik AZİZOV, Dr. Hakan Mehmet AYDINLIOĞLU, Dr. İlayda BARANKOĞLU, Dr. Zeynep İrem ŞENER, Dr. Seda ERBAŞ** ve **Dr. Emel KOCASOY** başta olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, Asistanlığımın başından sonuna kadar ve en son dönemde tezimin dosya tarama süreçlerinde her zaman yardımseverliğini, dostluğunu ve samimiyetini gördüğüm değerli anabilim dalı sekreterimiz **Eray EROĞLU'na**,*

*Yine tez sürecimde desteğini hiç esirgemeyen anabilim dalı sekreterlerimiz **Kadriye SARICA** ve **Serenat AKINCI LANGAR** başta olmak üzere tüm anabilim dalı sekreterlerimiz, personelimiz ve hemşirelerimize,*

Tezimde değerlendirmeye almış olduğum olguların adli görüşmelerini ve psikiyatrik muayenelerini yapan tüm asistan arkadaşlarıma, adli konseylerde bu olguları titizlikle değerlendirerek haklarında kanaatler oluşturan değerli hocalarıma,

Bu olguların adli değerlendirmelerinde olguların psikometrik ve projektif testlerini yapan anabilim dalımızda görevli değerli psikologlarımıza, olgular hakkında detaylı çevre anamnezi elde edilmesinde büyük katkıları olan sosyal hizmet uzmanlarımıza,

*Tezimde yer alan projektif testleri özveriyle ve büyük çaba harcayarak değerlendiren anabilim dalımızda görevli **Psikolog Yaşar ÇELİK'e***

*Yaklaşık 3 seneye varan süreçte akademik çalışmalar yapabilmem için gerekli istatistiksel analiz nosyonunu kazanmamda en büyük paya sahip olan ve sabırla ve severek vermiş olduğu bilgiler doğrultusunda tezimin istatistiksel analizini yapabilmemde etkili olan değerli lise arkadaşım, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışan **Fulden CANTAŞ TÜRKİŞ'e***

Asistanlık sürecimde hayatımı anlamlandıran herkese,

*Son olarak ise beni bugünlere getiren, sonsuz desteklerini, eşsiz sevgilerini gördüğüm, her anımda benimle üzülp benimle sevinen ve haklarını asla ödeyemeyeceğim annem **Rona TAHILLIOĞLU**, babam **Mustafa TAHILLIOĞLU** ve ablam **Aslı TAHILLIOĞLU'na***

tüm kalbimle ve tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Dr. Akın TAHILLIOĞLU

İzmir, 2021

İÇİNDEKİLER

Ön Söz	II
İçindekiler	IV
Özet	X
Abstract	XII
Tablolar Listesi	XIV
Şekiller Listesi	XXI
Kısaltmalar Listesi	XXII
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tanım ve Tarihçe	4
2.2. Epidemiyoloji	5
2.3. Risk Faktörleri	7
2.4. Tanı Ölçütleri	7
2.5. Cinsel İstismarın Çocuk ve Ergenlerde Etkileri	8
2.6. Klinik Bulgular	9
2.7. Cinsel İstismar Mağdurlarında Ruh Sağlığı Değerlendirmesi	11
2.7.1. Adli Psikiyatrik Değerlendirme	11
2.7.2. Değerlendirmenin Hukuki Boyutu	14
2.8. Çocuk İzlem Merkezleri	16
2.9. Ayırıcı Tanı	17
2.10. Tedavi	18
2.11. Sonuç	19
3. AMAÇ	21
4. HİPOTEZLER	22

5. YÖNTEM VE ARAÇLAR	23
5.1. Araştırmanın Tipi	23
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
5.3. Araştırmanın Evreni	23
5.4. Araştırmanın Örneklemi	23
5.5. Örneklem Seçilimi	23
5.5.1. Araştırma Örneklemine Dahil Olma Kriterleri	24
5.5.2. Araştırma Örneklemine Dahil Edilmeme Kriterleri	24
5.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	25
5.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)	25
5.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	26
5.6.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	26
5.6.4. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği (KAY-BÖ)	27
5.6.5. Cinsel İstismar Şiddeti Skoru (CİŞS)	28
5.6.6. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği – Revize Edilmiş Versiyonu (WÇZÖ – R)	30
5.6.7. Tematik Algı Testi (TAT) ve Çocuklarda Tematik Algı Testi (CAT)	31
5.7. Uygulama	31
5.7.1. Etik Kurul Onayı	31
5.7.2. Çalışma Sürecinin İlerleyişi	32
5.7.3. EÜTF ÇERSAH AD Adli Polikliniğinde Cinsel İstismar Mağduru Olguların Rutin Değerlendirme Prosedürü	33
5.7.4. Olgu Dosya Bilgilerinden Ulaşılması Hedeflenen Veriler	36
5.7.5. Doldurulmuş Olan Ölçeklerden Ulaşılması Hedeflenen Veriler	37
5.7.6. Psikometrik ve Projektif Testler	37
5.8. İstatistiksel Analiz	38

6. BULGULAR	41
6.1. Tanımlayıcı Analiz Bulguları	41
6.1.1. Yaş, Cinsiyet, Olay Esnasındaki Yaş ve Olay ile Başvuru Arasında Geçen Süre	41
6.1.2. Örneklemdeki Olguların Başvuru Senelerine Göre Dağılımı	41
6.1.3. Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri & Anne ve Baba Psikopatolojileri	43
6.1.4. Aile Yapısı, Ebeveynlerin Boşanma Durumu & Örgün Eğitime Devam Edip Etmeme	43
6.1.5. Cinsel İstismar Tipi, İstismarcı, Gebe Kalma & Çocuk Doğurma	43
6.1.6. Olgunun Yaşadığı Yer ve Yurtta/Kurumda Kalma Durumu	46
6.1.7. Ailesel Olumsuz Psikososyal Özellikler	47
6.1.8. Gelişimsel Özellikler, Olaydan Önce Psikiyatrik Tablo ve Zekâ Düzeyi ..	48
6.1.9. Örneklem TAT Profilleri	49
6.1.10. Cinsel İstismar Sonrası Yapılan Değerlendirmede Örneklemdeki Psikiyatrik Sonuçlar	51
6.2. Birinci Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları	53
6.2.1. Ölçek Puanları, İstismar Şiddeti ve Yaşın Kız ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması	53
6.2.2. TAT Profillerinin Kız ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması	53
6.2.3. İstismara ve Aile Yapısına İlişkin Özelliklerin Cinsiyetler Arasında Karşılaştırılması	54
6.2.4. Cinsiyetler Arasında Psikiyatrik Sonuçların Karşılaştırılması	57
6.3. İkinci Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları	59
6.3.1. Yaş ile Cinsel İstismar Şiddeti ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	59
6.3.2. Yaşın istismar özellikleri, psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilişkili olabilecek bazı sonuçlarla ilişkisi	59
6.3.3. TAT Profillerinin Yaş Değişkeni ile İlişkisi	62

6.4. Üçüncü Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları	63
6.4.1. Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri	63
6.4.2. Olguların Yaşadığı Yer ile Cinsel İstismar Şiddeti Arasındaki İlişki	65
6.4.3. Ailesel Olumsuz Psikososyal Özellikler	66
6.5. Dördüncü Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları	71
6.5.1. Cinsel İstismar Şiddeti ve Zekâ Düzeyi Arasındaki İlişki	71
6.5.2. Cinsel İstismar Şiddeti ve Gelişimsel Psikopatolojiler Arasındaki İlişki ..	73
6.5.3. Cinsel İstismar Şiddeti ve Gelişimsel Gecikme Arasındaki İlişki	76
6.6. Beşinci Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları	79
6.7. Altıncı Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları	89
6.7.1. Cinsel İstismar Şiddeti ile Ölçek Puanları ve Psikiyatrik Tanı Sayısı Arasındaki İlişki	89
6.7.2. Cinsel İstismar Şiddeti ile MDB, AB ve TSSB Tanıları Arasındaki İlişki	94
6.7.3. Cinsel İstismar Şiddeti ile Psikiyatrik Tanı Alma & Ruh Sağlığında Bozulma Arasındaki İlişki	97
6.7.4. Cinsel İstismar Şiddeti ile TAT Profilleri Arasındaki İlişki	100
6.8. Karıştırıcı Faktörlerin Tespit Edilmesi	104
6.9. Regresyon Modelleri	108
6.9.1. Anksiyete ve Depresyon Puanlarını Yordayıcı Faktörler	108
6.9.1.1. KAY-BÖ	109
6.9.1.2. BDÖ	114
6.9.1.3. ÇDÖ	117
6.9.2. Psikiyatrik Tanıları ve Psikiyatrik Sonuçları Yordayıcı Faktörler	117
6.9.3. Cinsel İstismar Şiddetini Yordayıcı Faktörler	126
7. TARTIŞMA	136
7.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışması	136

7.1.1. Yaş & Olay Zamanındaki Yaş	136
7.1.2. Cinsiyet	138
7.1.3. Başvuru Seneleri	138
7.1.4. Ebeveyn Eğitim Düzeyi ve Ebeveyn Psikopatolojileri	139
7.1.5. Ebeveyn Boşanması & Örgün Eğitime Devam Edememe	139
7.1.6. İstismarcılar	140
7.1.7. Cinsel İstismar Sonucu Gebe Kalma & Çocuk Doğurma	141
7.1.8. Ailesel Olumsuz Psikososyal Özellikler	142
7.1.9. Gelişimsel Özellikler ve Zekâ	142
7.1.10. Psikiyatrik Bozukluklar	143
7.2. Cinsel İstismarda Cinsiyetin Olumsuz Ruhsal Sonuçlar Doğurmadaki Rolü	144
7.2.1. Anksiyete Bulguları Açısından Cinsiyetin Rolü	144
7.2.2. Depresyon Bulguları Açısından Cinsiyetin Rolü	146
7.2.3. Psikiyatrik Bozukluklar ve Genel Psikiyatrik Tablo Açısından Cinsiyetin Rolü	148
7.3. Cinsel İstismarda Yaşın ve İlk kez istismara uğrama Yaşının Olumsuz Ruhsal Sonuçlar Doğurmadaki Rolü	150
7.3.1. Cinsel İstismar Şiddeti Açısından Yaşın ve İlk Kez İstismara Uğrama Yaşının Önemi	150
7.3.2. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından Yaşın Önemi	151
7.4. Sosyokültürel Düzey ve Psikososyal Özelliklerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü	154
7.4.1. Sosyokültürel Durumun İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü	154
7.4.2. Ailesel Psikososyal Özelliklerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü	155
7.5. Zekâ Düzeyi ve Gelişimsel Problemlerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü	158
7.5.1. Zekâ Düzeyinin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü	158
7.5.2. Gelişimsel Problemlerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü	159

7.5.3. Zekanın Ruhsal Sonuçlar Üzerindeki Rolü	161
7.6. Olumsuz Ruhsal Sonuçların Oluşmasında İstismar Şiddetinin Rolü	162
7.6.1. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İstismarda Sözlü/Fiziksel Zorlamanın Önemi	163
7.6.2. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İlk Kez Cinsel İstismara Uğrama Yaşının Önemi	164
7.6.3. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İstismar Sayısının Önemi	166
7.6.4. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İstismarın Niteliksel Şiddetinin Önemi .	167
7.7. Cinsel İstismar Olayından Sonra Geçen Süre ile Depresyon, Anksiyete Bulguları ve İstismar Şiddeti İlişkileri	168
7.7.1 Sürenin Depresyon & Anksiyete Bulguları Üzerine Etkisi	169
7.7.2. Cinsel İstismar Şiddetinin Süre Üzerine Etkisi	171
8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI	172
9. SONUÇLAR	174
10. KAYNAKLAR	177
11. EKLER	198

ÖZET

CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFİK, GELİŞİMSEL, RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş: Çocuğun cinsel istismarı henüz cinsel gelişimini tamamlamamış olan bir çocuğun ya da ergenin başka biri tarafından cinsel arzu ve ihtiyaçlarının tatmini amacıyla zor kullanılarak, kandırılarak veya tehdit yolu ile kullanılmasıdır. Cinsel istismar gelişiminde etkili olabilecek pek çok risk faktörü ve cinsel istismarın neden olduğu pek çok olumsuz ruhsal sonuç tanımlanmıştır.

Amaç: Bu çalışmada cinsel istismar mağduriyeti nedeniyle haklarında rapor düzenlenmesi amacıyla polikliniğimize adli birimlerce yönlendirilen çocuk ve ergen olguların sosyodemografik, klinik, ruhsal ve psikososyal özelliklerinin incelenmesi, bu özelliklerden hem cinsel istismar şiddetine yönelik hem de istismar sonrası oluşan olumsuz ruhsal sonuçlara yönelik risk etmenlerinin belirlenmesi ve uğranılan cinsel istismar şiddetine ait değişkenlerden istismar sonrası oluşan olumsuz ruhsal sonuçlara yönelik risk etmenlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adli polikliniğine 2014-2020 yılları arasında başvuru yapan 6-18 yaşları arasında olup çalışma kriterlerine uyan 340 cinsel istismar olgusunun dosyası geçmişe dönük olarak incelenmiştir. Olguların sosyodemografik, gelişimsel ve ailesel psikososyal özelliklerine yönelik bilgiler dosyalardan elde edilmiştir. Psikiyatrik tanılar DSM-5 kriterlerine göre adli tıp ve çocuk psikiyatrisi uzmanlarının yer aldığı adli konseyde konulmuştur. Olguların zeka düzeyleri zeka bölümü (Intelligence Quotient=IQ) puanları şeklinde Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Revize Edilmiş Versiyonu ile ölçülmüş olup projektif test olarak olgulara Tematik Algı Testi uygulanmıştır. Olguların kaygı düzeyleri ebeveyn ve çocuk tarafından ayrı ayrı doldurulan Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği (KAY-BÖ) ile, depresyon düzeyleri ise olguların doldurduğu Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ayrıca olguların yaşamış olduğu cinsel istismarın şiddeti adli dosyalardan edinilen bilgiler doğrultusunda Cinsel İstismar Şiddeti Skoru (CİŞS) puanlaması ile ölçülmüştür.

Bulgular: Olgularda yaş artışı daha olumsuz psikiyatrik sonuçlarla ilişkili saptanmıştır ($p<0,05$). Major depresif bozukluk (MDB) yaş artışıyla 1,018 kat artış göstermiştir ($p=0,004$). Ancak erkek cinsiyette MDB tanısı 0,383 oranında azalmaktadır ($p=0,04$). İlk kez istismara uğrama yaşının düşmesi ise daha olumsuz ruhsal sonuçlarla ilişkili saptanmamıştır ($p>0,05$). BDÖ puanları ve bazı KAY-BÖ alt ölçek puanları kızlarda daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$) ve kız cinsiyet bu ölçek puanlarındaki artışı yordamaktadır ($p<0,05$). Cinsel istismara uğrama ile adli polikliniğe başvuru arasındaki sürenin artışı genel örneklemede anksiyete ve depresyon bulgularında artışa ya da azalmaya yol açmasa da ($p>0,05$) özellikle ilaç tedavisi alan olgularda bu sürenin artışı anksiyete bulgularında azalmayla ilişkili saptanmıştır ($r=-0,304 - -0,413$; $p<0,03$). CİŞS-sözlü/fiziksel zorlanma (CİŞS-Z) ($r=-0,150$, $p=0,005$) ve CİŞS-niteliksel şiddet ($r=-0,154$, $p=0,004$) puanları total IQ puanları ile negatif yönde ilişkili saptanmıştır. Ailede şiddet ve kaotik aile ortamı cinsel istismar şiddetinde artışı yordamaktadır (sırasıyla $p<0,04$; $p<0,05$). Özellikle CİŞS-Z puanındaki artışın travma sonrası stres bozukluğu, MDB başta olmak üzere daha olumsuz ruhsal sonuçları yordadığı belirlenmiştir ($p<0,03$).

Tartışma: Çalışmamızdan elde edilen bulgular özellikle aile içi şiddet ve kaotik aile ortamının daha şiddetli düzeyde istismara uğramayla ilişkisini ve şiddetli düzeyde cinsel istismara uğramanın (özellikle sözlü/fiziksel zorlanma) olumsuz psikiyatrik sonuçlarla ilişkisini ortaya koymuştur. Geniş bir perspektifle nedensellik ilişkilerinin sunulduğu bu sonuçların gerek şiddetli cinsel istismarın gerekse de olumsuz psikiyatrik sonuçların oluşmasında daha etkili olan unsurları saptayarak ülkemizde cinsel istismara karşı daha etkili koruyucu müdahale stratejilerinin geliştirilmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: cinsel istismar; cinsel istismar şiddeti; nedensellik; gelişimsel psikoloji; risk faktörleri; psikososyal faktörler

ABSTRACT

THE EVALUATION OF SOCIODEMOGRAPHIC, DEVELOPMENTAL, PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL DIFFERENCES OF SEXUALLY ABUSED YOUTH IN TERMS OF CAUSALITY

Introduction: Childhood sexual abuse is the exploitation of a child or adolescent who has not yet completed his/her sexual development by force, deceit, or threat to satisfy the perpetrator's sexual desires and needs. Many risk factors that may be effective in the development of sexual abuse and many negative mental consequences caused by sexual abuse have been identified.

Objective: In this study, we aimed to evaluate sociodemographic, developmental, psychological and psychosocial characteristics of children and adolescents referred to our outpatient clinic in order to prepare reports due to sexual abuse victimization, to determine to determine the risk factors among those characteristics for both sexual abuse severity and negative psychological consequences, and to examine the risk factors of sexual abuse severity for negative psychological consequences.

Method: The files of 340 sexual abuse cases, aged 6 to 18, who applied to the forensic outpatient clinic of Ege University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry between 2014-2020 were retrospectively evaluated. Information about the sociodemographic, developmental, and familial psychosocial characteristics of the cases was obtained from the files. Psychiatric diagnoses were made according to DSM-5 criteria in the forensic council consisting of forensic medicine and child psychiatry specialists. Intelligence level was measured with the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised Version, and the Thematic Perception Test was applied to the cases as a projective test. Cases' anxiety levels were evaluated via both parent- and self-reported Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), whereas the depression levels were evaluated with the Beck Depression Inventory (BDI) and the Children's Depression Inventory, both of which were completed by the cases. In addition, sexual abuse severity was measured with the Sexual Abuse Severity Score (SASS) calculation in line with the information obtained from forensic files.

Results: The age increase was found to be associated with more negative psychiatric outcomes ($p<0.05$). Major depressive disorder (MDD) probability increased 1.018 times with

increasing age ($p=0.004$). However, MDD diagnosis decreased by 0.383 in male gender ($p=0.04$). The decrease in the age onset of sexual abuse was not found to be associated with more negative mental outcomes ($p>0.05$). BDI and some SCARED subscale scores were detected to be higher in girls than in boys ($p<0.05$) and female gender predicted elevated SCARED subscale scores and BDI scores ($p<0.05$). Although the increase in the time between sexual abuse and the application to the forensic clinic did not cause an increase or decrease in anxiety and depressive symptoms in general sample ($p>0.05$), the increase in this period was associated with the decrease in anxiety symptoms, especially in patients receiving medication ($r=-0.304$ - -0.413 ; $p<0.03$). The decrease in intelligence level was negatively associated with SASS-verbal/physical coercion scores (SASS-C) ($r=-0.150$, $p=0.005$) and SASS-qualitative severity scores ($r=-0.154$, $p=0.004$). Domestic violence and chaotic family environment predicted an increase in sexual abuse severity ($p<0.04$; $p<0.05$, respectively). It was also determined that elevated SASS-C scores predicted more negative mental outcomes, especially post-traumatic stress disorder and MDD ($p<0.03$).

Discussion: The findings obtained from our study reveal the relationship between domestic violence, chaotic family environment, and more severe abuse, and the association between more severe sexual abuse (especially verbal/physical coercion) and negative psychiatric outcomes. It is considered that these results, which present causality relationships with a broad perspective, will enable the development of more effective protective intervention strategies against sexual abuse in our country by determining the factors causing both severe sexual abuse and negative psychiatric consequences.

Key words: sexual abuse; sexual abuse severity; causality; developmental psychology; risk factors; psychosocial factors

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Örneklemin yaş, olay esnasındaki yaşlarının ve yaşadıkları olay ile başvuru arasındaki geçen sürenin ortalamaları ve örneklemin yaşlarına göre, yaşamış oldukları olay esnasındaki yaşlarına göre ve cinsiyetlere göre dağılımları

Tablo 2. Örneklemdaki olguların anne ve babalarının eğitim düzeylerine ve anne ve babalarında psikiyatrik hastalık varlığına göre dağılımı

Tablo 3. Örneklemdaki olguların okumaya devam edip etmediklerine göre, aile yapısına göre ve ebeveynlerinin boşanma durumlarına göre dağılımı

Tablo 4. Örneklemdaki olguların uğradıkları cinsel istismar türü, istismar eylemini yapan kişi ve istismar sonucu gebe kalma ve çocuk doğurma durumuna göre dağılımı

Tablo 5. Örneklemdaki olguların yaşadığı yerleşim yerlerinin ve olgunun yurtta/kurumda kalıp kalmama durumunun örneklem içindeki dağılımı

Tablo 6. Ailesel olumsuz psikososyal özelliklerin örneklem içindeki oranları

Tablo 7. Erken çocukluk döneminde nöromotor gelişimde ve konuşmada gecikmesi olan olguların örneklemdeki oranları

Tablo 8. Cinsel İstismar olayından önce olgulardaki psikiyatrik hastalık varlığının oranı ve bu psikiyatrik hastalıkların örneklem içindeki dağılımı

Tablo 9. Örneklemdaki olguların WZÇÖ-R puan ortalamaları ve klinik olarak tespit edilen zekâ düzeylerinin örneklem içindeki dağılımı

Tablo 10. Örneklemdaki olgularda psikiyatrik bozukluk varlığının, psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumunun, ruh sağlığında bozulma varlığının ve psikiyatrik bozukluğa sahip olmayanlar arasında istismar olayı sonrası psikiyatrik bozukluk gelişme durumunun değerlendirilmesi

Tablo 11. Örneklemdaki olgularda saptanan psikiyatrik bozukluklar

Tablo 12. Örneklemdaki kızların ve erkeklerin yaş, olay esnasındaki yaş, olay ile başvuru arasında geçen süre, cinsel istismar şiddeti, DEHB, anksiyete ve depresyon puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 13. Örneklem içindeki kızların ve erkeklerin uğradıkları istismara ilişkin ve aile yapısına ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması

Tablo 14. Psikiyatrik bozukluk varlığının, ruh sağlığında bozulma varlığının ve psikiyatrik bozukluğa sahip olmayanlar arasında istismar olayı sonrası psikiyatrik bozukluk gelişme durumunun kız ve erkek olgular arasında karşılaştırması

Tablo 15. Örneklemdeki kız ve erkek olgularda saptanan psikiyatrik bozuklukların dağılımının karşılaştırılması

Tablo 16. Yaş değişkeni ile cinsel istismar şiddeti, depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayıları arasındaki korelasyon

Tablo 17. Yaş değişkeninin istismar özellikleri, psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilişkili olabilecek bazı sonuçlarla ilişkisi

Tablo 18. Yaş değişkeninin TAT temaları ile ilişkisi

Tablo 19. Cinsel İstismar Şiddeti skorlarıyla anne ve baba eğitim düzeyleri arasındaki ilişki

Tablo 20. Anne ve baba eğitim düzeyi ile istismar tipi ve zincirleme istismara uğrama durumu arasındaki ilişki

Tablo 21. Anne ve baba eğitim düzeyi ile mağdur olan olgulara istismar eylemini yapan fail sayısı arasındaki ilişki

Tablo 22. Anne ve babanın boşanma durumu ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki

Tablo 23. Ailede şiddet ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki

Tablo 24. Ailede alkol, madde kullanımı ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki

Tablo 25. Ailede suça bulaşma durumu ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki

Tablo 26. Kaotik aile ortamı ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki

Tablo 27. Ailenin sosyolojik yapısıyla ilgili bazı özelliklerin istismar tipi ile ilişkisi

Tablo 28. Ailenin sosyolojik yapısıyla ilgili bazı özelliklerin zincirleme istismar ile ilişkisi

Tablo 29. Ailenin sosyolojik yapısıyla ilgili bazı özelliklerin fail sayısı ile ilişkisi

Tablo 30. Cinsel istismar şiddeti skorları ile zekâ düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon matrisi

Tablo 31. Total IQ puanları /klinik olarak saptanan zeka düzeyleri ile cinsel istismar tipi, zincirleme istismar ve fail sayısı arasındaki ilişki

Tablo 32. Cinsel istismar şiddeti skorları ile olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı arasındaki ilişki

Tablo 33. Cinsel istismar şiddeti skorları ile olaydan önce saptanan DEHB varlığı arasındaki ilişki

Tablo 34. Cinsel istismar şiddeti skorları ile olaydan önce saptanan Zihinsel Yetersizlik varlığı arasındaki ilişki

Tablo 35. Cinsel istismar şiddeti skorları ile nöromotor gelişim gecikmesi arasındaki ilişki

Tablo 36. Cinsel istismar şiddeti skorları ile konuşma gecikmesi arasındaki ilişki

Tablo 37. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin istismar tipi ile ilişkisi

Tablo 38. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin zincirleme istismara uğrama durumu ile ilişkisi

Tablo 39. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin fail sayısı ile ilişkisi

Tablo 40. Genel örnekleme olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Tablo 41. Ruh sağlığında bozulma olan ve olmayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Tablo 42. Örneklemedeki tüm olgulardan değerlendirme sonrası psikiyatrik tanı alan ve almayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Tablo 43. Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Tablo 44. WZÇÖ-R Total IQ değeri 80 ve üzerinde olan ve 80'in altında olan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Tablo 45. İlaç tedavisi alan ve almayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Tablo 46. Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile TAT temaları arasındaki ilişki

Tablo 47. Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanımlar ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişki

Tablo 48. Cinsel istismar şiddeti puanları ile anksiyete, depresyon puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişkiler

Tablo 49. Cinsel istismar tipi ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

Tablo 50. Zincirleme cinsel istismar varlığı ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

Tablo 51. Fail sayısı ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

Tablo 52. Cinsel istismar şiddeti skorları ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanımları arasındaki ilişki

Tablo 53. Cinsel istismar tipi ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanımları arasındaki ilişki

Tablo 54. Zincirleme cinsel istismar ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanımları arasındaki ilişki

Tablo 55. Fail sayısı ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanımları arasındaki ilişki

Tablo 56. Cinsel İstismar şiddeti skorları ile psikiyatrik değerlendirme sonucu tanı alıp almama durumu arasındaki ilişki

Tablo 57. Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular içinde cinsel istismar şiddeti skorları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasındaki ilişki

Tablo 58. Cinsel İstismar şiddeti skorları ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişki

Tablo 59. Psikiyatrik tanı alma, olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ve ruh sağlığında bozulma değişkenlerinin istismar tipi ile ilişkisi

Tablo 60. Psikiyatrik tanı alma, olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ve ruh sağlığında bozulma değişkenlerinin zincirleme istismar ile ilişkisi

Tablo 61. Psikiyatrik tanı alma, olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ve ruh sağlığında bozulma değişkenlerinin fail sayısı ile ilişkisi

Tablo 62. WZÇÖ-R TIQ puanları ile anksiyete, depresyon puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

Tablo 63. WZÇÖ-R TIQ puanları ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanılar ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişki

Tablo 64. Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilaç tedavisi alma durumunun depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ile arasındaki ilişkiler

Tablo 65. Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilaç tedavisi alma durumu ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanılar ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişkiler

Tablo 66. KAY-BÖ PB (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 67. KAY-BÖ YAB (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 68. KAY-BÖ AAB (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 69. KAY-BÖ OK (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 70. KAY-BÖ Toplam (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 71. KAY-BÖ PB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 72. KAY-BÖ YAB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 73. KAY-BÖ AAB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 74. KAY-BÖ SAB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 75. KAY-BÖ Toplam (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 76. BDÖ skorlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 77. ÇDÖ puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 78. Psikiyatrik tanı sayısını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 79. Psikiyatrik tanı alma durumunu yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 80. Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda psikiyatrik tanı alma durumunu yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 81. Ruh sağlığında bozulma durumunu yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 82. Major depresif bozukluk tanısını yordayıcı faktörlerin çok kategorili (multinomial) lojistik regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 83. Travma sonrası stres bozukluğu tanısını yordayıcı faktörlerin multinomial lojistik regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 84. Anksiyete bozukluğu tanısını yordayıcı faktörlerin multinomial lojistik regresyon modeliyle açıklanması

Tablo 85. İlk kez cinsel istismara uğrama yaşını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 86. İstismar olayında şiddete maruz kalmayı yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 87. Cinsel istismarın niteliksel şiddetini yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 88. Cinsel istismara uğrama sayısını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 89. Cinsel istismar şiddeti toplam puanını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 90. Nitelikli istismarı yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 91. Zincirleme istismarı yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Tablo 92. Fail sayısını yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması



ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** Cinsel istismar mağduru olan olguların adli poliklinikte rutin değerlendirilme prosedürü ve çalışmanın akış şeması
- Şekil 2.** Örneklemdeki olguların başvuru senelerine göre dağılımı
- Şekil 3.** Örneklemdeki olgulara cinsel istismar eylemini uygulayan kişilerin örneklem içindeki dağılımı
- Şekil 4.** Örneklemdeki olguların Tematik Algı Testi (TAT) profillerinin değerlendirilmesi
- Şekil 5.** Örneklemdeki kız ve erkek olguların TAT profilleri açısından karşılaştırılması
- Şekil 6.** Olguların yaşadığı yerleşim birimi ile Cinsel İstismar Şiddeti Puanları arasındaki ilişki
- Şekil 7.** Örneklemdeki olgularda istismar tipi ile TAT temaları arasındaki ilişki
- Şekil 8.** Örneklemdeki olgularda zincirleme istismar ile TAT temaları arasındaki ilişki
- Şekil 9.** Regresyon modellerinden önce değişkenler arası nedensellik ilişkileri
- Şekil 10.** Regresyon modellerinden sonra değişkenler arası nedensellik ilişkileri
- Şekil 11.** Cinsel İstismara Uğrayan Kızlarda Damgalama Çeşitleri

KISALTMALAR LİSTESİ

ISPCAN: Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Topluluğu (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

ZY: Zihinsel Yetersizlik

MDB: Major Depresif Bozukluk

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

AB: Anksiyete Bozukluğu

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

ÇHS: Çocuk Hakları Sözleşmesi

DSM – 5: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı - 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5)

AACAP: Amerikan Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Birliği (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)

TCK: Türk Ceza Kanunu

ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi

EÜTF ÇERSAH AD: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

BGOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

SDVF: Sosyodemografik Veri Formu

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ÇDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği

KAY-BÖ – PB: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği Panik Bozukluk alt ölçeği

KAY-BÖ – YAB: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği Yaygın Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği

KAY-BÖ – AAB: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu alt ölçeği

KAY-BÖ – SAB: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği Sosyal Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği

KAY-BÖ – OK: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği Okul Korkusu alt ölçeği

CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru

CİŞS – Y: İlk kez cinsel istismara uğrama yaşı puanı

CİŞS – Ş: Deneyimlenen en şiddetli istismar

CİŞS – F: Fail sayısı

CİŞS – S: İstismara uğrama sayısı

CİŞS – Z: Deneyimlenen maksimum zorlanma

CİŞS – T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru

WZÇÖ-R: Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği – Revize Edilmiş Versiyonu

IQ: Zeka Bölümü (Intelligence Quotient)

SIQ: Sözel Zeka Bölümü

PIQ: Performans Zeka Bölümü

TIQ: Toplam Zeka Bölümü

TAT: Tematik Algı Testi

CAT: Çocuklarda Tematik Algı Testi

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)

IQR: Çeyrekler arası genişlik (Interquartile range)

SS: Standart Sapma

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

GA: Güven Aralığı

VIF: Varyans Artış Faktörü (Variance Inflation Factor)

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

YDB: Yıkıcı Davranış Bozuklukları

SED: Sosyoekonomik Düzey

WCÇÖ-IV: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği dördüncü versiyonu



CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFİK, GELİŞİMSEL, RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

1.GİRİŞ

Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Topluluğu (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect, ISPCAN)'a göre; cinsel istismar çocuğun tam olarak kavrayamadığı, onay vermeye muktedir olmadığı veya gelişimsel olarak yeterli olmadığı ve onay veremeyeceği veya toplumun sosyal tabularını veya yasalarını ihlal eden cinsel aktiviteye dahil edilmesidir (1). İstismar çocuk ve ergen ile kan bağı olan ya da çocuk/ergene bakmakla yükümlü biri tarafından yapılmışsa bu olay ensest olarak tanımlanır (2, 3).

Cinsel istismarın sıklığı aslında bilinenin çok üzerindedir. Çünkü toplumda olan cinsel istismar eylemlerinin büyük kısmı gizli kalmakta olup bilinen sadece buzdağının görünen kısmını oluşturmaktadır. Çocukluk yaş gruplarında cinsel istismar yaygınlığı yurtdışı meta-analiz raporlarına göre %10 ile %40 arasında değişmektedir (4). Dünya genelinde çocukluk döneminde herhangi bir cinsel istismara uğrama oranları kız çocuklarında %25, erkek çocuklarında %9 olarak belirtilmiştir (5, 6). Kız cinsiyet farklı çalışmaları tarafından cinsel istismar için risk faktörü kabul edilmektedir (7 – 9). Yaşla ilgili olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğramış olan çocukların ortalama yaşı 10,9 olarak saptanmıştır (10). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise 4 – 17 yaş aralığındaki 101 olgunun yaş ortalaması $9,57 \pm 3,5$ çıkmıştır (11). Ancak çocukluk ve ergenlik dönemi yaş gruplarında pik cinsel istismara uğrama yaşının bimodal dağılım gösterdiğine yönelik literatür bilgisi de mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) kaynaklarına göre istismara uğrama yaşlarının 5 yaş ile 14 yaş civarlarında yoğunlaştığı belirtilmektedir (12).

Aile içinde sözlü, fiziksel şiddet olması, ebeveynlerde alkol-madde bağımlılığının olması, ebeveyn-çocuk bağlanmasındaki sorunlar, stresli yaşam olayları, anne-babanın boşanması, üvey babanın çocuklarla aynı evde kalması, ebeveynlerde cinsel istismara uğrama öyküsü, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyde olması, eşlerin cinsel hayatında problem yaşanması, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesine sahip olmaları ve ebeveynlerde fiziksel veya ruhsal hastalıkların varlığı gibi etkenler risk faktörlerindendir (13 – 15). Çocuklar ya da ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Zihinsel Yetersizlik (ZY) gibi gelişimsel

psikopatolojilerin bulunması veya görme ve işitme engeli gibi fiziksel engel bulunması da cinsel istismarla ilişkilendirilen risk faktörleri arasındadır (16). Cinsel istismarın daha çok düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde ortaya çıktığı bildirilse de her sosyoekonomik sınıfa sahip ailede ortaya çıkabileceği de belirtilmektedir (17).

Çocuklarda cinsel istismar sonrası oluşan ruhsal bozuklukların şiddeti çocuktan çocuğa değişebilmekte olup bu durum çocuğun yaşına, gelişim düzeyine, ilk kez istismara uğrama yaşına, istismar tipine, yaşadığı olaydan önce ruhsal hastalığının olup olmasına, istismarın sıklığı, süresi, şiddeti, istismarda sözlü/fiziksel zorlama gibi faktörlere, istismarın aile içinden veya yabancı tarafından gerçekleştirilme durumuna, mağdur ile istismarcı arasında duygusal bağ olup olmasına ve mağdur ile istismarcı arasındaki yaş farkına göre ruhsal etkilene çok geniş bir yelpazede ortaya çıkmaktadır (18 – 20). Ayrıca çocuğun yaş faktörü de cinsel istismara karşı gösterilen tepkilerde değişkenliğin sebeplerinden biridir.

Uzunlamasına ve geriye dönük olan çalışmalarda cinsel istismarın akut dönemde travma sonrası stresle ilişkili kaygı sorunlarına, daha uzun süreçte ise major depresif bozukluk (MDB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve intihar girişimlerine neden olduğu belirtilmektedir (21). Psikiyatrik hastalıkların gelişimi açısından cinsel istismar bir risk faktörü olarak görülmektedir (22). Cinsel istismar mağduru olan çocuklar ve ergenlerde MDB, TSSB, anksiyete bozukluğu (AB), disosiyatif bozukluk, uyku bozuklukları, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu madde kullanım bozukluğu (MKB), alkol kullanım sorunları, kendine zarar verme davranışları, intihar davranışı ortaya çıkabilmektedir (23 – 25). İstismar öncesinde mağdurlarda en sık olarak ZY, DEHB ve depresyon saptanmaktadır (26, 27).

Cinsel istismara uğramayla ilişkili olabilecek sosyodemografik, gelişimsel, ruhsal ve psikososyal faktörlerin saptanabilmesi ve istismar sonrasında oluşan ruhsal etkilenemenin, zeminde yer alan bu faktörlerden ve ayrıca istismar şiddetinden ne ölçüde etkilendiğinin saptanması cinsel istismara yol açan etkenlere karşı önlem alınmasına yönelik çabaların artmasına katkı sağlayabilecektir. Ayrıca ergenlik dönemindeki bireylerin maruz kaldığı cinsel istismar ile çocukluk dönemindeki bireylerin maruz kaldığı cinsel istismar eylemi arasında da klinik psikiyatrik sonuçlar ve yukarıda bahsedilen faktörler bağlamında da nedensellik ilişkisinin yeterince ele alınmadığı gözlenmektedir. Bunun yanı sıra cinsel istismara uğrama ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürenin ruhsal sonuçların gidişatı açısından nasıl bir öneme sahip olduğuna yönelik çalışmalar da cinsel istismar literatürüne kıyasla düşük bir oranda kalmıştır. Çalışmamızda cinsel istismar mağduru olguların geçmişteki psikiyatrik

durumların, sosyodemografik, gelişimsel ve psikososyal özelliklerin, maruz kaldıkları istismar eyleminin şiddetine işaret eden verilerin ve psikiyatrik sonuçları ifade eden farklı kategorilerdeki verilerin çok yönlü bir şekilde ve çok geniş yelpazede kapsamlı bulgular ile ortaya konularak literatürde yeterli düzeyde incelenmemiş alanların pekiştirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda ortaya çıkacak sonuçların hem literatüre katkı sağlayacağı hem de nedensellik ilişkilerinin geniş bir perspektifle ortaya konularak cinsel istismar oluşumunda daha etkili olan unsurların saptanabilmesi ile ülkemizde daha etkili koruyucu müdahale stratejilerinin geliştirilmesine olanak sağlayacağı düşünülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

CİNSEL İSTİSMAR

2.1. Tanım ve Tarihçe

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre çocuk istismarı, 'çocuğun ruhsal, fiziksel, duygusal ve cinsel gelişimini olumsuz olarak etkileyen, yetişkinler tarafından yapılan ve engellenebilir her türlü davranışı' içermektedir (28). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilmiş olan Çocuk Hakları Sözleşmesini (ÇHS) ülkemiz 1990 yılında kabul etmiş olup bu sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde onaylanmış ve 27 Ocak 1995'de Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (29). ÇHS'nin 19, 34 ve 39. maddeleri çocuk istismarı ile ilgilidir ve çocuk istismarının önlenmesine yönelik hükümleri içerir. 39. Madde çocuğu cinsel istismardan korumaya yönelik hükümleri içeren maddedir. Sözleşmenin 19. Maddesine göre ise devletin çocuğu ebeveynlerin veya ona bakmakla yükümlü olan kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumakla yükümlü olduğundan bahsedilmektedir. (30). Çocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur. Yaygınlığının giderek arttığından söz edilmekte olup erken tanınmasının önemi gittikçe daha iyi anlaşılmaktadır. Son dönemde cinsel içerikli olan tüm davranışların istismar kapsamına alınması görüşü daha ağırlık kazanmıştır. Cinsel istismar kavramı "henüz cinsel gelişimini tamamlamamış olan bir çocuğun ya da ergenin bir erişkin tarafından cinsel arzu ve ihtiyaçlarının tatmini amacıyla zor kullanılarak, kandırılarak veya tehdit yolu ile kullanılmasıdır". ISPCAN'a göre; cinsel istismar çocuğun tam olarak kavrayamadığı, onay vermeye muktedir olmadığı veya gelişimsel olarak yeterli olmadığı ve onay veremeyeceği veya toplumun sosyal tabularını veya yasalarını ihlal eden cinsel aktiviteye dahil edilmesidir (1). İstismar çocuk ve ergen ile kan bağı olan ya da çocuk/ergene bakmakla yükümlü biri tarafından yapılmışsa bu olay ensest olarak tanımlanır (2, 3). İki çocuk arasındaki cinsel eylemlerde çocuklar arasındaki yaş farkının dört veya daha fazla olması durumunda, küçük çocuğun zorla ya da ikna yoluyla cinsel doyum amacını taşıyan eylemlere maruz kalması da cinsel istismar olarak belirtilmektedir (16). Cinsel istismar geniş bir yelpazede eylemleri kapsamakta olup cinsel birleşme, cinsel birleşmeye teşebbüs, oral, genital, anal temas, genital bölgenin doğrudan veya giysi üzerinden okşanması, teşhircilik, ya da çocuğun erişkin cinsel aktivite veya pornografiye izletilerek maruz bırakılması veya fuhuş ya da pornografide

kullanılması gibi yaşantılar cinsel istismar kapsamına giren eylemleri oluşturmaktadır (2, 31, 32).

2.2. Epidemiyoloji

Cinsel istismarın sıklığı aslında bilinenin çok üzerindedir. Çünkü toplumda olan cinsel istismar eylemlerinin büyük kısmı gizli kalmakta olup bilinen sadece buzdağının görünen kısmını oluşturmaktadır. Öyle ki, cinsel istismar olgularının sadece %15'inde adli bildirim yapılmaktadır (16). Bu nedenle cinsel istismar sıklığına yönelik kesin epidemiyolojik verilere ulaşmak oldukça zordur (33). Diğer istismar türlerine kıyasla saptanması en zor olan istismarın cinsel istismar olduğu, bu nedenle kısa ve uzun dönem etkileri açısından kritik bir öneme sahip olduğu belirtilmiştir (34).

Çocukluk yaş gruplarında cinsel istismar yaygınlığı yurtdışı meta-analiz raporlarına göre %10 ile %40 arasında değişmektedir (4). Dünya genelinde çocukluk döneminde herhangi bir cinsel istismara uğrama oranları kız çocuklarında %25, erkek çocuklarında %9 olarak belirtilmiştir (5, 6). Kuzey Amerika'daki örnekleme 16 çalışmanın birleştirilerek oluşturulan yeni bir analiz sonucuna göre kızlar ve erkek çocuklarında cinsel istismar yaygınlığı sırasıyla %16,8 ve %7,9 olarak saptanmıştır (4). Geniş örneklemelerde (1000 olgudan daha fazla) yapılan çalışmalarda kızlarda cinsel istismar yaygınlığı %5,8 ile %34 arasında, erkeklerde ise %2 ile %11 arasında bulunmuştur (35). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre ise istismara uğrayan olguların %69'unu kızların oluşturduğu belirtilmektedir (36). Ülkemizde 2014 yılında yayınlanan bir çalışmada ise istismara uğrayan olguların %84,6'sını kız çocukları, %15,4'ünü ise erkek çocukları oluşturmaktadır (37). ABD ve Kanada'ya ek olarak en az 19 ülkenin dahil olduğu toplum tabanlı erişkin örneklemelerin yer aldığı başka bir çalışmaya göre ise cinsel istismar yaygınlığı kadınlar için %7-36, erkekler için ise %3-29 aralığında saptanmış olup kadınların erkeklerden 1,5 – 3 kat daha fazla istismara uğradığı belirtilmektedir (38). Finkelhor'un bu çalışmasının devamı niteliğinde 15 sene sonra 21 ülkeden 39 yaygınlık çalışmasını ele alan başka bir çalışmada da kadınlarda cinsel istismar yaygınlığının %0 ile %53 arasında, erkeklerde ise %0 ile %60 arasında değişim gösterdiği saptanmıştır. Buradan hareketle yazarlar, 1994'te Finkelhor'un verdiği oranlar ile yeni oranlar arasında büyük bir farklılık olmadığı, yıllar içinde, özellikle kadınlarda, aşağı yukarı sabit kalan genel bir trendin olduğu sonucuna varmışlardır (18). Cinsel istismar ile ilgili araştırmalarda yaygınlık oranlarının farklı oranlarda saptanmasının çalışmalar arasındaki metodolojik farklılıklardan ve tanılama farklılıklarından kaynaklanıyor olabileceği belirtilmektedir (39).

Yaşla ilgili olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğramış olan çocukların ortalama yaşı 10,9 olarak saptanmıştır (10). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise 4 – 17 yaş aralığındaki 101 olgunun yaş ortalaması $9,57 \pm 3,5$ çıkmıştır (11). Perdahlı Fiş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre çocukluk döneminde istismara uğrama yaş aralığı 4 – 17 arasında değişmektedir (36). İsveç'te ergenlerle yapılan bir araştırmada ise ilk kez cinsel istismara uğrama yaşı kızlarda $9,0 \pm 3,9$, erkeklerde ise $9,1 \pm 4,3$ olarak saptanmıştır. (40). Ülkemizde yapılan bir çalışmada erken çocukluk döneminden ergenlik dönemine doğru gidildikçe istismara uğrama oranının arttığı, olguların %18,1'inin okul öncesi dönemde, %33,7'sinin okul döneminde, %48,2'sinin ise ergenlik döneminde cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir (36). Ancak çocukluk ve ergenlik dönemi yaş gruplarında pik cinsel istismara uğrama yaşının bimodal dağılım gösterdiğine yönelik literatür bilgisi de mevcuttur. ABD kaynaklarına göre istismara uğrama yaşlarının 5 yaş ile 14 yaş civarlarında yoğunlaştığı belirtilmektedir (12). İlk kez istismara uğrama yaşı ile ilgili ABD'de ulusal temsiliyeti yüksek bir örnekleme yapılan bir çalışmaya göre aile üyeleri tarafından ilk kez cinsel istismara uğrama ortalama yaşları kızlarda 8,18, erkeklerde 7,78 iken aile dışı kişiler tarafından ve fiziksel kuvvet kullanılmadan ilk kez cinsel istismara uğrama yaşları kızlarda ortalama 12,68, erkeklerde 10,66 ve aile dışı kişiler tarafından ve fiziksel kuvvet kullanılarak ilk kez cinsel istismara uğrama ortalama yaşları kızlarda 12,52 ve erkeklerde 8,48'dir (41).

İstismarda bulunan kişilerin profillerine bakıldığında özellikle tanıdık kişilerin ve aile içinden bireylerin farklı araştırmalardaki yüksek oranda saptanma durumları dikkat çekmiştir. Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmaya göre aile içinden bireylerin istismarda bulunma oranı %1,4 olarak saptanmıştır (42). Ancak ülkemizde yapılan başka bir araştırmaya göre ise aile içinden bireylerin istismar etme oranı %31,1, çocuğun tanıdığı bir kişi tarafından istismar oranı ise %73,5 bulunmuştur (36). Toplum tabanlı örnekleme ise ülkemizde aile içi cinsel istismar oranı %13,9 olarak saptanmıştır (43). Ancak aile içi istismarların büyük kısmının ortaya çıkmadığı bilinmekte ve gerçek oranın saptananın çok daha üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (44). Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi tarafından yapılan bir araştırmada istismarcıların dağılım verilerine bakıldığında olguların arkadaşları %33,3 ile en büyük istismarcı grubu oluşturmuştur. Bunun yanı sıra yabancı bir kişi tarafından istismar %25,9 oranında, olgunun bir erkek akrabası tarafından istismar %7,4 oranında ve olguların öz babası tarafından istismar ise %14,8 oranında saptanmıştır (45).

Cinsel istismar sonucunda intihar girişimi davranışları oldukça yaygın gözlenmektedir. Erkek öğrencilerin %33,3'ünde, kız öğrencilerin ise %30,4'ünde intihar girişimi ya da kendine zarar verme eylemi saptanmış olup bu davranışlarda bulunan kız ve erkekler içerisinde cinsel istismara uğramamış olma oranları erkeklerde yalnızca %5,1, kızlarda ise yalnızca %9,1 gibi düşük düzeylerde (40).

2.3. Risk Faktörleri

Cinsel istismara yatkınlığı tek bir risk faktörü ile açıklamak imkansızdır (46). Genel olarak işlevselliği kötü olan ailelerde cinsel istismarın daha sık olarak gözlemlendiği bildirilmektedir (47). Aile içinde sözlü, fiziksel şiddet olması, ebeveynlerde alkol-madde bağımlılığının olması, ebeveyn-çocuk bağlanmasındaki sorunlar, stresli yaşam olayları, anne-babanın boşanması, üvey babanın çocuklarla aynı evde kalması, ebeveynlerde cinsel istismara uğrama öyküsü, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyde olması, eşlerin cinsel hayatında problem yaşanması, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesine sahip olmaları ve ebeveynlerde fiziksel veya ruhsal hastalıkların varlığı gibi etkenler risk faktörlerindendir (13 – 15). İspanya'da yapılan bir çalışmaya göre çocukluk çağı cinsel istismarını ailede yüksek doz alkol tüketiminin 3,37 kat (%95 GA = 1,40 – 8,07) ve aile içinde şiddetin 3,58 kat (%95 GA = 1,32 – 9,67) artırdığı saptanmıştır (48). Ebeveynler arasında çatışmaların olması, annede alkol/madde kullanımının olması, yanlış ebeveyn tutumları da cinsel istismar ile ilişkili bulunan diğer ailesel psikososyal faktörlerdendir (7). Çocuklar ya da ergenlerde DEHB ve ZY gibi gelişimsel psikopatolojilerin bulunması veya görme ve işitme engeli gibi fiziksel engel bulunması da cinsel istismarla ilişkilendirilen risk faktörleri arasındadır (16). Cinsel istismarın daha çok düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde ortaya çıktığı bildirilse de her sosyoekonomik sınıfa sahip ailede ortaya çıkabileceği de belirtilmektedir (17). Ancak, 2019'da yapılan bir araştırmaya göre aile içi cinsel istismar olgularının ailelerinin sosyoekonomik düzeyi ve eğitim düzeyleri (lise ve altı düzeyinde) düşük saptanmıştır (49).

2.4. Tanı Ölçütleri

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı - 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5 = DSM – 5) içeriğinde çocuğun cinsel istismarı 'Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar' başlığı altında kendine yer bulmuştur.

DSM-5 Tanı Ölçütleri (50)

Çocuğa Cinsel Sömürü

Çocuğa cinsel sömürü anababa, bakımveren ya da çocuğun sorumluluğunu taşıyan başka birinin, cinsel doyum sağlamak için çocuğu herhangi bir cinsel eyleme katmasını kapsar. Cinsel sömürü, çocuğun cinsel organlarını okşama, içine girme, enest, zor kullanarak cinsel ilişki kurma, oğlancılık, açık saçık görünme gibi etkinlikleri kapsar. Cinsel sömürü, anababa ya da bakımverenin dokunmadan sömürüsünü de kapsar. Sözgelimi, çocukla sömürge arasında doğrudan bedensel bir dokunuş olmadan, çocuğu, başkalarının cinsel doyumunu için birtakım eylemlere zorlama, kandırma, ayartma, gözünü korkutma ya da baskı altında tutma da bu kapsam içindedir.

Çocuğa Cinsel Sömürü, Doğrulanmış

995.53 (T74.22XA)	İlk karşılaşma
995.53 (T74.22XD)	Sonraki karşılaşma

Çocuğa Cinsel Sömürü, Sanılan

995.53 (T76.22XA)	İlk karşılaşma
995.53 (T76.22XD)	Sonraki karşılaşma

Çocuğa Cinsel Sömürü ile İlişkili Diğer Durumlar

V61.21 (Z69.010)	Anababası tarafından cinsel sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma
V61.21 (Z69.020)	Anababa dışında birileri tarafından cinsel sömürüye uğramış çocuğa ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma
V15.41 (Z62.810)	Çocuklukta cinsel sömürü öyküsü (geçmiş öykü)
V61.22 (Z69.011)	Çocuğa cinsel sömürü uygulamış anababaya ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma
V62.83 (Z69.021)	Çocuğa cinsel sömürü uygulamış anababa dışında birilerine ruh sağlığı hizmeti vermek için karşılaşma

2.5. Cinsel İstismarın Çocuk ve Ergenlerde Etkileri

Yapılan pek çok çalışmaya göre çocukluk dönemi cinsel istismarının pek çok psikososyal, psikososyal sonuçlara yol açma potansiyeli yüksek olan tıbbi (insan immün

yetmezlik virüs enfeksiyonu ve obezite gibi) ve ruhsal (kendine zarar verme gibi) problem ile ilişkisi olduğu belirlenmiştir (51). Çocuklarda cinsel istismar sonrası oluşan ruhsal bozuklukların şiddeti çocuktan çocuğa değişebilmekte olup bu durum çocuğun yaşına, gelişim düzeyine, ilk kez istismara uğrama yaşına, istismar tipine, yaşadığı olaydan önce ruhsal hastalığının olup olmamasına, istismarın sıklığı, süresi, şiddeti, istismarda sözlü/fiziksel zorlama gibi faktörlere, istismarın aile içinden veya yabancı tarafından gerçekleştirilme durumuna, mağdur ile istismarcı arasında duygusal bağ olup olmamasına ve mağdur ile istismarcı arasındaki yaş farkına göre ruhsal etkilenecek çok geniş bir yelpazede ortaya çıkmaktadır (18 – 20). Ayrıca çocuğun yaş faktörü de cinsel istismara karşı gösterilen tepkilerde değişkenliğin sebeplerinden biridir. Küçük çocukların cinsel istismara maruz kalmalarının sonrasında çeşitli davranışsal problemler ortaya çıkmaktadır. Örneğin küçük çocuklarda cinselliğe aşırı merak, oyunlarında cinsel içeriklerin olması, yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayacak şekilde cinsellik konularında bilgi sahibi olmaları, aşırı ve uygun olmayan şekilde mastürbasyon yapma davranışı, uyku problemleri, okulda akranlarla problem yaşama, dikkat sorunları, ders başarısında düşme, davranım problemleri, geceleri tek başına yatamama sıklıkla görülmektedir (16, 52, 53). Daha büyük çocuklarda ise depresif bulgular, travma sonrası stres bulguları, uyku problemleri, davranım sorunları, intihar girişimleri, riskli cinsel aktiviteler, suça karışma, fiziksel veya cinsel şiddet göstermeye eğilim, sosyal çevre, okul ve arkadaş çevresinde problemler ön planda gözlenmektedir (52). Cinsel istismar eylemi sonrasında rastgele cinsel ilişkilere açık olmaları, bu yüzden tekrarlayan cinsel istismara uğrama risklerinin yüksek oluşu cinsel istismara uğramış ergen yaş grubunda özellikle üzerinde durulması ve dikkat edilmesi gereken bir husustur (16, 54). Ayrıca özellikle büyük çocuklarda nitelikli cinsel istismar sıklıkla görüldüğünden, vajinal, anal kanamalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, idrar yolu enfeksiyonları da görülebilmektedir (46).

2.6. Klinik Bulgular

Cinsel istismara uğrayan her çocuk veya ergen psikopatoloji geliştirmeyebilir. Cinsel istismara uğramış olguların %20 – 50'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmadığı bildirilmiştir (33). Başka çalışmalara göre ise istismar sonrasında çocukların %70-90'ında en az bir psikiyatrik tanı olduğunu ortaya konulmaktadır (36, 55). Bunun yanı sıra cinsel istismardan önce psikiyatrik tanı varlığının istismar sonrasındaki psikopatoloji yüklülüğünü etkilediği savunulmaktadır (26, 56). İstismar öncesinde mağdurlarda en sık olarak ZY, DEHB ve depresyon saptanıyor iken (26, 27) istismar sonrasında ise en sık olarak TSSB, MDB, AB ve

uyum bozukluğu tanıları konulmaktadır (26, 27, 55, 57). Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapılan bir araştırmada da TSSB, cinsel istismar olgularında %32,3 ile en sık saptanan ruhsal bozukluktur. TSSB'yi sırasıyla uyum bozukluğu (%20), akut stres bozukluğu (%16,9) ve MDB (%13,8) takip ederken olguların %16,9'unda ise aktif psikopatoloji saptanmamıştır (58). Cinsel istismara maruz kalan çocukların sıklıkla psikiyatri başvurularının olduğu (24), başvuruların bir kısmının adli süreç içindeki başvuruların, bir kısmının ise aileler tarafından bireysel başvuruların oluşturduğu belirtilmiştir (52). Aileler genellikle istismar eylemi sonrasında istismarın yol açabileceği bedensel veya ruhsal sorunlar nedeniyle başvuru yapmaktadırlar (59). Cinsel istismar vakalarında sadece belli bir ruhsal bozukluk ortaya çıkmıyor olup çok geniş bir yelpazede ruhsal bozukluklar etkilenmiş çocuk ve ergenlerde görülebilmektedir. Yapılan pek çok çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluk sıklığının yüksek olduğu, erken dönemde ortaya çıkmasa bile daha ileri dönemde bu bireylerin ruhsal bozukluklar geliştirdikleri saptanmıştır (60). Ayrıca bu belirtiler belirli bir artış ve azalış paterni de göstermiyor olup pek çok olguda dalgalı bir klinik seyir izlemektedir.

Uzunlamasına ve geriye dönük olan çalışmalarda cinsel istismarın akut dönemde travma sonrası stresle ilişkili kaygı sorunlarına, daha uzun süreçte ise MDB, TSSB ve intihar girişimlerine neden olduğu belirtilmektedir (21). Psikiyatrik hastalıkların gelişimi açısından cinsel istismar bir risk faktörü olarak görülmektedir (22). Cinsel istismar mağduru olan çocuklar ve ergenlerde MDB, TSSB, AB, disosiyatif bozukluk, uyku bozuklukları, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, MKB, alkol kullanım sorunları, kendine zarar verme davranışları, intihar davranışı ortaya çıkabilmektedir (23 – 25). Bir çalışmaya göre cinsel istismara maruz kalan ve maruz kalmayan okul öğrencileri içinde cinsel istismara maruz kalan olgularda TSSB daha fazla görülmüştür (61). Ülkemizde cinsel istismara uğrayan olgularda yapılan bir çalışmaya göre ise olguların %87,9'unda ruhsal bozukluk saptandığı, en sık saptanan ruhsal bozukluğun ise %36,9 ile TSSB olduğu bildirilmiştir (62). Ruhsal bozukluğu olan erişkinler incelendiğinde ise çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsünün öz kıyım, kendine zarar verme davranışı, anksiyete belirtileri ve depresyonla ilişkili olduğu saptanmıştır (63). Anabilim dalımızda yapılan ileriye dönük bir çalışmaya göre ise cinsel istismar mağduru olan 20 olgunun 1 sene ve 2 sene sonraki takiplerinde istismardan 2 sene sonrasında 1 sene sonrasına göre olgularda daha az psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Ancak bazı davranışsal problemlerin (anksiyete-depresyon, agresiflik, öfke problemleri, somatik yakınmalar, sosyal geri çekilme ve sosyal ilişki sorunları) istismardan hem 1 sene sonra hem de 2 sene sonra devam ettiği

saptanmıştır (64). Bu durum da cinsel istismarın çocuk ve ergen yaşantısında kalıcı ruhsal etkiler bırakabildiğini ve uzun vadede olumsuz ruhsal ve sosyal sonuçlara yol açabildiğini göstermektedir.

2.7. Cinsel İstismar Mağdurlarında Ruh Sağlığı Değerlendirmesi

2.7.1. Adli Psikiyatrik Değerlendirme

Cinsel ve fiziksel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin adli-ruhsal açıdan değerlendirmesi için pek çok öneri ve rehber literatürde rastlanmaktadır (65). Amerikan Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Birliği'nin (AACAP) 1997 yılında düzenlediği kılavuzda cinsel ve fiziksel istismara uğramış çocuklarla yapılan adli psikiyatrik değerlendirme sürecine yönelik şu öneriler yer almaktadır (66):

- Değerlendirmeci öncelikle çocuğa ve aileye kendini tanıtarak rolünü açıklamalı; değerlendirmeyi kimin istediğini, değerlendirmenin amacını ve değerlendirme içeriğinin adli makamlarca paylaşılacağını belirtmelidir.
- Adli psikiyatrik değerlendirmeyi yapanla çocuğun tedavisini yürütenin aynı kişi olmaması önerilmektedir.
- Tanıya yönelik değerlendirmede çocuk, ebeveyn ve diğer kişilerden bilgi alınmalı; iddianın nasıl ortaya çıktığı ve beyanlar öğrenilmelidir.
- Daha önceki ifadeler ve değerlendirmeler gözden geçirilmelidir.
- İstismar sonrası ortaya çıkabilecek belirti ve davranış değişiklikleri (anksiyete ve depresyon belirtileri, disosiyatif yaşantılar, somatik yakınmalar, cinsel davranışlarda değişiklikler...) irdelenmelidir. İstismara uğramamış çocuklarda da benzer belirtilere rastlanabileceği için değerlendirmeci dikkatli olmalıdır.
- Başka travmalar ya da önceki istismarlar da benzer belirtilere yol açabileceğinden sorgulanmalıdır. İrdelenen olay dışında başka istismarcıların var olabileceği akılda tutulmalıdır.
- Eşlik edebilecek psikiyatrik bozukluklar ve bilişsel yetersizlikler düşünülmelidir.
- Doğumdan itibaren gelişimsel öykü alınmalıdır.
- Ailedeki disiplin yöntemleri, aile içinde cinselliğin nasıl ele alınıp algılandığı anlaşılmaya çalışılmalıdır.
- Aile öyküsü (ebeveynlerde istismar, madde kullanımı, psikiyatrik bozukluk varlığı vs.) irdelenmeli, ebeveynlerden her birinin gözünden olayın anlatılması sağlanmalıdır.

- Koruma kurumları, kolluk güçleri, çocuk doktorları, okul gibi çocukla bağlantılı yer ve kişilerden bilgi alınmalıdır.

Çocukla görüşme esnasında adli değerlendirmeciye bazı önerilerde bulunulmuştur:

- Rahat bir ortamda, mümkünse kayıt altında görüşme yapın.
- Mümkün olduğunca az sayıda görüşme yapın, çoklu görüşmeler konfabulasyona yol açabilir.
- Çocuğun geçmiş olayları doğru aktarma yetisini kontrol edin.
- Gerçeği söylemenin onun için ne anlama geldiğini değerlendirin.
- Daha genel/açık uçlu sorulardan sonra yönlendirici sorulara geçin.
- Tekrarlayıcı, çoklu veya 'ya da'lı sorulardan kaçınin.
- Çocuğun size verdiği bilgiyi içeren ifadeleri tekrar ona yönlendirin. Bu çocuğun ifadesini anladığınızdan emin olmanızı ve ifadedeki tutarlılığı değerlendirmenizi sağlar.
- Çocuk çok küçük yaşta değilse çocukla görüşmede ebeveyni bulundurmayın.
- Çocuğun yaşına ve gelişimsel düzeyine uygun bir görüşme tekniği kullanın.
- Beden parçaları ve cinsel hareketlerle ilgili çocuğun ne tür terimler kullandığını öğrenin.

Görüşme esnasında aşağıdaki alanlar sorgulanmalıdır:

- Çocuğa bir şey anlatması veya anlatmaması söylenmiş mi?
- Suç işlediği iddia edilen kişi kim?
- Ne yaptı?
- Nerede oldu?
- Başlangıç ve bitiş zamanı.
- İstismarın kaç kez olduğu.
- Başlangıçta nasıl olduğu ve zaman içinde nasıl değiştiği.
- Çocuğun herhangi bir fiziksel belirti veya incinme fark edip etmediği.
- Fotoğraf veya video görüntü olup olmadığı.

Değerlendirme sırasında beden parçalarını tanımak için çizimlerden ve anatomik bebeklerden yararlanılabilir ancak bu yöntemler adli psikiyatrik değerlendirmenin yalnızca bir parçası olarak düşünülmelidir.

Adli psikiyatrik değerlendirme sırasında hatırlamayı kolaylaştırıcı hipnoz, hızlandırılmış görüşme, yönlendirme içeren teknikler ile iletişimi artırmaya yönelik ödül ya da olumsuz pekiştireçlerin kullanımı önerilmemektedir.

Çocuğun zekâ kapasitesinin ve eğitim seviyesinin değerlendirilmesi gerekebilir. Ebeveynlerin çocuklar için dolduracağı ölçekler çocuktaki belirtilerin tanınmasını kolaylaştıracaktır. Ancak sonuçlar dikkatli değerlendirilmeli, yalnızca testlere bakarak karar verilmemelidir.

- Yapılmış olan fiziksel değerlendirme sonuçları gözden geçirilmelidir.
- Eğer mümkünse istismar şüphesini ortaya çıkaran kişi ve neler olduğuna dair açıklamasını görmek için şüpheli ile görüşülebilir. Şüpheli ve mağdurla bir arada görüşme önerilmemektedir.

Bazen çocuklar istismar iddiasını geri çekebilmekte veya gerçeği inkâr edebilmektedir. Böylesi bir durum farklı nedenlerden kaynaklanabilir:

- İddia olunan istismar hiç gerçekleşmemiştir.
- Çocuk aile üyeleri veya suçlu tarafından iddiasını geri alması için farklı şekillerde (rüşvet, yaralama tehdidi...) zorlanıyordur.
- Bir dış baskı olmamasına rağmen çocuk bir ebeveyni veya aile üyelerinden birini koruyordur.
- Soruşturma/değerlendirme süreçlerinin yarattığı sıkıntı veya korku nedeniyle geri çekilmiştir.
- Utanma veya suçluluk duyguları nedeniyle ifade vermek istemiyor olabilir.
- Olanlardan kendini sorumlu tutuyor olabilir.
- Uzun süren istismar sonucunda çocuklarda çaresizlik nedeniyle ortaya çıkan “istismara uyum” döneminde olabilir ve karşı ifadeleri vermekten kaçınabilir.
- Değerlendirmeci mağdur çocuğu şüpheli ile birlikte sorguladığında yanlış bir inkârı tetikleyebilir.

Çocuklar arasında cinsel oyunların cinsel istismar olarak adli mercilere veya ruh sağlığı çalışanlarına iletildiği durumlar da olabilmektedir. Çocuklardaki normal cinsel oyunlar cinsel istismar olarak değerlendirilmemelidir. Bu durumu değerlendirirken çocuklar arasındaki yaş farkı, çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel düzey, bir çocuğun diğerini zorlayıp zorlamadığı, eylemin tehlike ve zorlama içerme durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Cinsel istismara uğrayan çocukların oyunlarında daha fazla cinsel davranış sergiledikleri düşünüldüğünde değerlendirmeyi yapan kişi bu durumu göz önüne almalıdır.

2.7.2. Değerlendirmenin Hukuki Boyutu

Cinsel istismar mağdurlarına yönelik adli raporlar düzenlenirken mahkemeler genellikle kendisine karşı işlenmiş olan cinsel suç ile ruhsal bozulma arasında illiyet bağı olup olmadığını sorgularlar. Bu değerlendirmede de çocuğun sahip olduğu mevcut psikopatolojilerin yanı sıra yaşamış olduğu olaydan önce sahip olduğu psikopatolojilerin saptanması ve psikiyatrik özgeçmişin detaylandırılması kritik bir öneme sahiptir. Bunun yanı sıra olguların mağduru olduğu eylem sonrasında sahip oldukları ruhsal değişiklikler, tanı alan psikiyatrik bir bozukluğunun olup olmadığı, varsa tanıya ilişkin psikiyatrik takibin ve tedavinin yapılıp yapılmadığı ve işlevsellikte bozulma olup olmadığı değerlendirilir. Eğer mağdur çocuğun olaydan dolayı ruh sağlığında etkilenme olduğu ancak psikiyatrik tedavi almadığı tespit edilirse rapor düzenleyiciler öncelikle olgunun takibinin yapılmasını ve psikiyatrik tedavi almasını önererek ruh sağlığında kalıcı bozulma olup olmadığı konusunda nihai görüş belirtmeyebilirler. Bu durumda ilgili mahkeme gerekli takip sonucunda ikinci bir rapor düzenlenmesini talep edebilir. Ayrıca ilk değerlendirmede olguların psikososyal destek yetersizliği veya psikiyatrik tedavi ihtiyacının bakım verenler tarafından karşılanamadığı tespit edilirse rapor vericiler olgu hakkında sağlık ve danışmanlık tedbiri çıkarılması yönünde görüş de beyan edebilir (67).

Türk Ceza Kanunu (TCK)'da doğrudan suç olarak tanımlanmış tek istismar tipi cinsel istismardır (67). TCK'nın 103/1. Maddesine göre çocuğun cinsel istismarı; *on beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranışı; diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışları* tanımlamaktadır (68). Çocukların cinsel istismarına bağlı olarak beden ve ruh sağlığının bozulması durumunda verilecek olan cezada artırmayı öngören hüküm 18/06/2014 tarih ve 6545 sayılı kanun ile kaldırılmış, bunun yanı sıra 24/11/2016 tarih ve 6763 sayılı kanun ile suçların temel şeklinin cezası ve mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması durumunda verilecek olan cezanın artırılmasına hükmedilmiştir (69). Bu değişikliklere bağlı olarak 18/06/2014 tarihinden sonra işlenen cinsel istismar eylemlerinde çocukların ve ergenlerin ruh sağlığında kalıcı bozulma olup olmadığının değerlendirilmesi zorunluluk olmaktan çıkarılmıştır. Ancak halen suç tarihinin yapılan değişiklikten daha önce olduğu vakalarda çocuğun ruh sağlığında bozulma olup olmadığına yönelik rapor istenebilmektedir.

TCK'ya göre on beş yaşını tamamlamış ve kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilen ve davranışlarını yönlendirme yeteneği gelişmiş olan gençler şikayetçi

olmadığı sürece kovuşturma yapılmaz. Bu nedenle 15 yaşın üzerindeki gençlerde bu iki husus yani kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olup olmadığı konusundaki kanaat kritik bir öneme sahiptir. Tıpkı suça sürüklenen çocuklarda olduğu gibi cinsel istismar mağdurlarına yönelik düzenlenen raporlarda bu değerlendirmelere yer verilmelidir.

Bir çocuğun kendine yönelik cinsel eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilmesinde gelişimsel özellikleri kadar cinsel bilgi ve eğitim düzeyi de anlam kazanmaktadır (67). Çocuğun kendisine yönelik uygulanan eyleme yüklediği anlam, bu eylemin neden olabileceği sonuçlara ilişkin öngörüsü, bu eylem olduktan sonraki yardım arayışı, yaşı ve eğitim düzeyine göre cinsellik bilgisi, çocuğun bu eylemin tekrarlaması durumunda neler yapacağına ilişkin düşünceleri gibi pek çok faktör yapılan psikiyatrik değerlendirmede titizlikle irdelenmelidir. Ancak psikiyatrik değerlendirme sırasında çocuğun kendisine karşı işlenen istismar eyleminin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğinin gelişmiş olduğu saptansa da olayın olduğu tarihte bu becerisinin gelişip gelişmemiş olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Suç tarihindeki yaş ve çocuğun gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurularak bu soru yanıtlanmalıdır.

Diğer taraftan 15 yaş üzerinde olup da kendisine karşı işlenen istismar eyleminin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmiş olarak saptanan bir mağdurda da istismar öyküsünde cebir, tehdit, hile ya da iradeyi etkileyecek başka bir unsur olup olmadığının tespit edilmesi kritik bir öneme sahiptir. Bu olgularda hukuki anlam ve sonuçları yeterince algılayabilseler de yaşamış oldukları olay ya da gelişimsel özellikleri neticesinde olgularda davranışları yönlendirme becerisinde noksanlık veya zayıflık saptanabilir. Örneğin eylemin uzun süreli olması ve kronikleşmesi, bu seyrde çocuğun tehditlere maruz kalması, eylemin sonuçlarına yönelik kandırılması veya yanıltılması, çaresizlik hisleri, eylemin otorite figürü olarak çocuğun gördüğü ve sevdiği biri tarafından gerçekleştirilmesi gibi eylem özelliklerinde yer alan bu ayrıntılar çocuğun maruz kaldığı eyleme ilişkin davranışlarını yönlendirme yeteneğini olumsuz etkileyebilir. Bunun yanı sıra mağdurun risk alma davranışlarında artışa yol açacak bir psikiyatrik hastalığın olay döneminde alevlenme döneminde olması da mağdurların davranışlarını yönlendirme yeteneğini kısıtlayan unsurlardandır. Örnek verilecek olursa tedavi edilmemiş DEHB ergenlik döneminin getirdiği dürtüsellikle birlikte istismar riskinde artışa neden olabilir (70). Böylelikle sadece çocuğun gelişimsel özellikleri ve psikopatolojisine ilişkin bir rapordan ziyade olay ve çocuğun sahip olduğu gelişimsel özellikler ve psikopatolojilerin

etkileşimini yorumlayan bir gerekçeli kanaat raporu ortaya çıkar. Ancak TCK'nın 21. Maddesine bir suçun oluşması için "kast" varlığı gereklidir (69). Yani suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi kast olduğunu ortaya koyar (67). Bazı durumlarda failin işlediği suçta kasıt olup olmadığının ortaya konulabilmesi için mahkemeler düzenlenmesi istenen raporda 'çocukta yer alan zihinsel kısıtlılığın veya psikiyatrik hastalığın' hekim olmayan kişilerce de anlaşılıp anlaşılmayacağı sorusunu yöneltmektedirler. Bu durumlar genellikle zihinsel kapasitesindeki yetersizlik, gelişimsel problemler veya psikiyatrik bozuklukların saptandığı çocukta bu problemlere bağlı olarak olayda çocuğun davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azaldığı şeklinde klinik kanaatin olduğu durumlardır. Bu soruya verilecek yanıt belli kalıplara veya standartlara bağlı olmayıp her olayın ve her olgunun kendi özelinde değerlendirilerek klinik kanaatler oluşturulur.

Sonuç olarak yapılan psikiyatrik görüşme ile hekimde olgunun ihtiyaç duyabileceği koruyucu ve destekleyici tedbirler açısından kanaatler oluşur. Hekim bu kanaati psikiyatrik görüşmeden sağlar. Mahkemeler tarafından düzenlenmesi istenen raporlarda bu ihtiyaçların belirtilmesi çocuğun üstün yararına olacaktır. Bunun yanı sıra çocuğun tekrarlayabilecek mağduriyetlerden korunması amacıyla yaşına uygun bir şekilde çocuğa cinsel eğitimin ve ebeveynlere de ebeveyn eğitimlerinin verilmesi de adli değerlendirmede mağdurlara fayda sağlayabilecek ve unutulmaması gereken noktalardır (71).

2.8. Çocuk İzlem Merkezleri

Çocuk izlem Merkezi (ÇİM) cinsel istismar mağduru olan çocukların adli görüşmelerinin cumhuriyet savcısı eşliğinde uzman adli görüşmeciler tarafından ses ve görüntü kaydı alınan aynalı odalarda gerçekleştirildiği merkezlerdir (72).

Türkiye'de cinsel istismara uğrayan mağdurların adli süreçte ortalama 17 kez ifade verdikleri gösterilmiştir (73). ÇİM ile pek çok aşama aynı anda yapılmaktadır (karakol, savcılık, adli tıp, çocuk psikiyatrisi muayenesi, mahkeme).

İlk olarak 2010 yılında Ankara'da faaliyete geçen ÇİM ile çocukların adli olay öyküsünün nötr bir ortamda alınması, güvenli bir ortamda adli muayenelerinin yapılması sağlanmaya çalışılmış ve bu şekilde ikincil örselenmelerin önüne geçilmiştir. ÇİM, ulusal kaynaklardan finanse edilen ve ulusal yargı sistemine entegre edilen, çocuğun bir seferde beyanda bulunup mahkemede benzer beyanlarda tekrar bulunmasının ve yeniden dinlenilmesinin önüne geçmeyi amaçlayan bir yapı olarak tanımlanmaktadır (67). Bu şekliyle ÇİM ABD'deki "Çocuk

Adalet Merkezi” (Child Advocacy Center) modelinden çok giderek Avrupa’da yaygınlaşmakta olan “Barnahus” modeliyle benzerlik taşımaktadır (74).

Çocuk ve ergen psikiyatristleri ÇİM’lerde görevlendirilebilirler. Bu durumda hekimler merkez ile hastane arasındaki koordinasyonu sağlamak, merkezdeki hizmeti planlamak, hizmet içi eğitimleri sağlamak, merkezdeki kayıtların eksiksiz ve zamanında tutulmasını, verilen talimatların yerine getirilmesini ve bilgi güvenliğini sağlamak gibi idari görevlerde bulunurlar. Günümüzde 41 şehirde 44 adet ÇİM bulunmaktadır.

2.9. Ayırıcı Tanı

Cinsel istismar şüphesiyle kliniklere getirilen olgularda özellikle fizik muayene bulguları ayırıcı tanıda istismar dışı fiziksel hastalıkları akla getirebilmektedir. Örneğin genital bölgeye ait bozukluklar, yaralanmalar, cilt hastalıkları, bakteriyel veya viral enfeksiyonlar, perine bölgesindeki konjenital malformasyonlar ayırıcı tanı açısından düşünülebilecek seçeneklerdendir (75). Özellikle çocuk acil servislere genital bölge yaralanmaları ile getirilen çocuklarda verilen öykü ile fizik muayene bulguları arasında uyumsuzluk varsa cinsel istismar akla gelmelidir (16). Ancak birçok olguda pozitif fizik muayene bulgusu saptanmamakta olup var olan lezyonlar da iyileşmiş olabilmektedir (76).

Bunun yanı sıra özellikle acil servislerde cinsel istismarın saptanması genelde zor olmaktadır. Acil servisin fiziksel koşulları veya bu denli hassas bir konuyu açıklamaya elverişli olmayan acil servis ortamı istismarın ortaya çıkmasında güçleştirici etkiye sahip olabilmektedir. Acil servislerde cinsel istismarın tanınmasını ve bildirim yapılmasını kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörler aşağıda özetlenmiştir (77, 78):

Engelleyici Faktörler

- Ebeveynin hikayesine inanma isteği
- Önyargılar (örn. Ebeveynin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, mesleği, giyiniş tarzı, aile yapısı, hastanın yaşadığı yer)
- Ebeveynleri hatalı şekilde yargılama endişeleri
- Belirti ve bulguları saptayamama
- Acil servislerin yoğun çalışma ortamı
- Olgunun ne zaman ve nasıl bildirileceğine dair bilgi eksikliği
- Bildirim sürecinin uzayacağı ve neden olacağı diğer sonuçlarla ilgili algılar (örn. Sonraki süreçte mahkemeye ifade verme durumu)

Kolaylaştırıcı faktörler

- Sık vaka takibi yapılması ile deneyim artışı
- Vakalar hakkında yeterli süpervizyon
- Şüpheli olgularda bildirim yapmanın koruyucu etkisi olacağına dair düşünceler
- Çocuk koruma hizmetlerinin aile hayatında önemli rol oynayacağına düşünülmesi
- Çocuk koruma hizmetlerinin hasta güvenliğini saplama etkili olacağına dair düşünceler
- Farkındalık düzeyinin artmış olması
- Bildirilen olgularda takiple birlikte geri bildirim alınması

2.10. Tedavi

Koruyucu ruh sağlığı yaklaşımının bir gereği olarak aslında öncelikle cinsel istismarın engellenmesine yönelik toplum temelli müdahalelerin yapılması gerekmektedir. Bunun için hem çocuklar ve ergenler hem de ailelere yönelik kapsamlı ve etkin eğitim programları geliştirilmelidir (52). Çocuklara yönelik uygulanan eğitimlerde cinsel istismar durumunu nasıl fark edip ne gibi tepki verebileceklerinin, böyle bir olayla karşı karşıya kalındığında çocukların süreç içinde nasıl bir yaklaşım sergilemelerinin (güvendiği ebeveyne durumun anlatılması gibi) öğretilmesi hedeflenmektedir (79). Bunun yanı sıra çocuğun cinsel istismarın gerçekleştiği ortamdan uzaklaştırılması da gerekli görünmektedir. Cinsel istismar bireylerde oldukça farklı spektrumda sonuçlar oluşturduğundan istismarın bu heterojen yapısı olguları çok boyutlu olarak ele almayı gerektirir. Bu yüzden her bir çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarına yönelik bireysel tedavi planları oluşturulmalıdır. Vakaların özelliklerine göre bazı tedaviler çocuk, bakımveren, bakımveren-çocuk ikilisi gibi bireye yönelik hedefleme yaparken bazı tedavilerde ise öfke kontrolü, anababalık becerileri, çocuğun davranışlarını yönetme ve yönlendirme, psikiyatrik problemlere karşı müdahale gibi daha özel alanlar hedeflenmekte ya da bireysel, aile, grup veya oyun terapisi gibi yapılandırılmış özel yaklaşımlar uygulanmaktadır (80). Yapılan pek çok çalışmanın yanı sıra ülkemizde de cinsel istismar mağdurlarının tedavi ile %17,1 - %42,6 oranlarında ruh sağlığında düzelme sağlandığına yönelik veriler mevcuttur (81, 82). Psikofarmakolojik tedavilerin ise cinsel istismara bağlı TSSB'de ilk sıra tedavi olmamakla birlikte diğer psikoterapötik yaklaşımların yanında bulunduğu iyileşmeyi destekleyici bir işleve sahip olduğu belirtilmektedir (83).

Cinsel istismara uğrayan olgularda özellikle de sözel/fiziksel şiddet de uygulanmışsa akut dönemde özelleşmiş tedavi stratejileri uygulanmalıdır. Tecavüze uğrayan olgularda uygulanabilecek acil terapötik yaklaşımlar şu şekilde özetlenmiştir (78, 84):

Yenilemek

Hastalara psikolojik açıdan güvenliği sağlama ve tıbbi çevrenin güvenli olduğunu hissettirme konusunda yardımcı olmak; eğer hastalar güç ve kontrol açısından zorlanıyorlarsa soğukkanlı ve saygılı bir yaklaşım sergilenmesi hastaların güvenli ortamda oldukları hissini yerleşmesine olanak tanıyacaktır.

Bilgi sağlamak

Olguları sahip oldukları tıbbi durumlar hakkında bilgilendirmek, süreçte yaşanma riski olabilecek sağlık problemleri (örn. Gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV enfeksiyonu gibi) ile ilgili oluşan endişeleri ele alarak irdelemek; yasal olarak şikayetçi olmak isteyen olgulara yönelik hukuk sistemi, polisin rolü ve olayla ilgili kanıtların toplanması gerekliliği için yeterli düzeyde eğitim verilmelidir.

Yanlış düzeltmek

Olguların yaşadıkları tecavüz deneyimini daha gerçekçi bir şekilde tanımlamalarına yardımcı olunmalıdır. Olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar ortaya konulmalıdır. Örneğin mağdurlar sıklıkla yaşanan olaydan dolayı kendilerini suçlama eğilimindedirler ve bazen de karanlıkta dışarıya çıkmanın kendilerine yönelik daha sık oranda cinsel saldırıya yol açacağı şeklinde inanışlar geliştirebilmektedirler.

Psikoeğitim ve tedavi

Olgular yaşadıkları cinsel istismar olayıyla baş etme sürecinde sıklıkla irritabilite, uyku sorunları, intruzif düşünceler, kabuslar, kaçınma ve uyuşma gibi durumları deneyimlemektedirler. Bu olgulara psikolojik açıdan yeniden güçlenmelerine yardımcı olmak amacıyla tecavüz sonrasındaki düşüncelerin felaketleştirici doğasını tanımlamalarının sağlanması, 'çıldırıldıkları' ya da 'kontrolü kaybettikleri' yönündeki düşünce ve korkuların rasyonelinin açıklanarak daha sakin bir yapıda olmalarına katkıda bulunulması, kaygı, öfke ve suçluluğu azaltmak için gerekli müdahalelerin yapılması gerekmektedir.

2.11. Sonuç

Çocuğun cinsel istismarı her etnik grupta ve her iki cinsiyette, bireysel, ailesel ve toplumsal bağlamda çocuk ve ergenlerde olumsuz etkilenmeye yol açan önemli bir problemdir (52). Yapılan çalışmaların cinsel istismarın yaygınlığının hiç de az olmayan oranlarda olduğunu göstermesi bu problemin ciddiyetini daha da vurgulamaktadır. Cinsel istismar, maruz kalan çocuk ve ergenlerin duygusal ve davranışsal gelişimini olumsuz etkileyerek önemli ruhsal

sonuçlara sebep olabilmektedir. Çocuklarda cinsel istismar konusunda sağlık çalışanları, ailenin ve okulun bilgi sahibi olarak iş birliği yapmaları hem cinsel istismarın engellenmesi hem de erken dönemde tanınarak uygun müdahale stratejilerinin izlenmesi konusunda kritik öneme sahiptir (16).



3. AMAÇ

Literatür incelendiğinde cinsel istismara uğramada cinsiyetin, yaşı, sosyokültürel ve sosyoekonomik seviyenin, zekâ seviyesinin, altta yatan gelişimsel psikopatolojilerin, gelişimsel olmayan çocukluk çağı psikiyatrik bozuklularının, sosyal destek sistemlerinin istismar oluşumunda hazırlayıcı faktörler olduğuna yönelik bulgular yer almaktadır. Çalışmaların önemli bir bölümünde ya belirlenen risk faktörlerinin cinsel istismar ile ilişkisine ya da cinsel istismarın olumsuz ruhsal sonuçlara yol açtığına odaklanılmış olunduğu görülmektedir. Ancak literatürde cinsel istismarın çocuk ve ergenlerde neden olduğu ruhsal sonuçlara ilişkin çok fazla yayın olmasına rağmen cinsel istismar şiddetine ait farklı özelliklerin nasıl ruhsal sonuçlara neden olduğuna ilişkin yayın sayısı oldukça kısıtlıdır. Bunun yanı sıra olumsuz psikososyal faktörlerin çocuk ve ergenlerde oluşturduğu ruhsal sonuçlara ve bu faktörlerin cinsel istismar için risk faktörü olduğuna ilişkin çok sayıda çalışma olsa da bu faktörlerin cinsel istismar şiddetine olan etkilerine yönelik kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunun yanı sıra cinsel istismara uğrama ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürenin ruhsal sonuçların gidişatı açısından nasıl bir öneme sahip olduğuna yönelik çalışmalar da cinsel istismar literatürüne kıyasla düşük bir oranda kalmıştır.

Araştırmanın amaçları:

- Cinsel istismar mağduriyeti nedeniyle haklarında farklı nedenlerle rapor düzenlenmesi amacıyla polikliniğimize adli birimlerce yönlendirilen çocuk ve ergen olguların sosyodemografik, klinik, ruhsal ve psikososyal özelliklerinin incelenmesi,
- Bu özelliklerden hem cinsel istismar şiddetine yönelik hem de istismar sonrası oluşan olumsuz ruhsal sonuçlara yönelik risk etmenlerinin belirlenmesi,
- Uğranılan cinsel istismar şiddetine ait değişkenlerden istismar sonrası oluşan olumsuz ruhsal sonuçlara yönelik risk etmenlerinin saptanması çalışmamızın birincil amaçlarını oluşturmaktadır.
- Bunun yanı sıra cinsel istismara uğrama ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürenin ruhsal sonuçların gidişatı açısından nasıl bir etkiye sahip olduğunun belirlenmesi de çalışmamızın ikincil amacını oluşturmaktadır.

Çalışmamızda cinsel istismar mağduru olguların geçmişteki psikiyatrik durumları, sosyodemografik, gelişimsel ve psikososyal özellikleri, maruz kaldıkları istismar eyleminin şiddetine işaret eden veriler ve psikiyatrik sonuçları ifade eden farklı kategorilerdeki veriler

çok yönlü bir şekilde ve çok geniş yelpazede kapsamlı bulgular ile ortaya konularak literatürde yeterli düzeyde incelenmemiş alanların pekiştirilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda ortaya çıkacak sonuçların hem literatüre katkı sağlayacağı hem de nedensellik ilişkilerinin geniş bir perspektifle ortaya konularak cinsel istismar oluşumunda daha etkili olan unsurların saptanabilmesi ile ülkemizde daha etkili koruyucu müdahale stratejilerinin geliştirilmesine olanak sağlayacağı düşünülmüştür.

4. HİPOTEZLER

1. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde kızlar erkeklere oranla daha olumsuz ruhsal sonuçlar oluşturmaktadır
2. Çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel istismar eylemleri ergenlik döneminde maruz kalınan cinsel istismar eylemlerine kıyasla daha olumsuz ruhsal sonuçlar oluşturmaktadır.
3. Düşük sosyokültürel ve sosyoekonomik seviyeye sahip ailelerden gelen çocuklarda ve ailesel olumsuz psikososyal faktörlerin daha fazla olduğu çocuklarda maruz kalınan cinsel istismarın şiddeti daha yüksektir.
4. Premorbidde yer alan gelişimsel psikopatolojiler veya zekâ geriliği, daha şiddetli düzeyde cinsel istismara uğrama ile ilişkilidir.
5. Maruz kalınan istismar eylemi ile adli polikliniğe başvuru arasındaki sürenin artması ile depresyon, anksiyete bulguları ve maruz kalınan cinsel istismarın şiddeti arasında ters bir ilişki vardır.
6. Maruz kalınan cinsel istismar eyleminin şiddetinin artması, depresyon, anksiyete gibi psikopatolojilerin şiddetinin artmasıyla ilişkilidir.

5. YÖNTEM VE ARAÇLAR

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız tek merkezli, retrospektif ve ilaç dışı bir araştırmadır. Arşiv taraması yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında (EÜTF ÇERSAH AD) yürütülmüştür. Araştırmaya ilişkin veri toplama aşaması Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmamızın evrenini EÜTF ÇERSAH AD Adli Polikliniğine adli makamlar tarafından yönlendirilme sonucunda 01.01.2014 ile 31.12.2020 yılları arasında başvuru yapan, 6 – 18 yaş aralığında cinsel istismar mağduru olan çocuk ve ergenler oluşturmaktadır.

5.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmamızın örneklemini EÜTF ÇERSAH AD Adli Polikliniğine adli makamlar tarafından yönlendirilme sonucunda 01.01.2014 ile 31.12.2020 yılları arasında başvuru yapan, 6 – 18 yaş aralığında 340 cinsel istismar mağduru olan çocuk ve ergen oluşturmaktadır.

5.5. Örneklem Seçilimi

Araştırmamız için etik kurul onayı alındıktan sonra EÜTF ÇERSAH AD adli poliklinik arşivinde retrospektif arşiv taraması yapılmıştır. 2014 ile 2020 yılları arasında 7 yıl içerisinde adli polikliniğe başvuran 1455 olgu dosyasına ulaşılmıştır. Bu olgu dosyaları içerisinde mahkemelerin “cinsel istismar mağduru” sıfatıyla polikliniğimize yönlendirdiği olguların sayısı 412’dir. Bu olguların;

- 12’sinin 6 yaş altında iken poliklinik başvurusunun olması,
- 16’sının 18 yaş üzerinde iken poliklinik başvurusunun olması,
- 22’sinin dosyadan edinilen bilgiler doğrultusunda adli poliklinikte kendisine yönelik bir cinsel istismar eylemi olmadığını iddia etmesi ya da bu konuda çelişkili beyanlar vermesi,
- 10’u hakkında tanzim edilen adli raporda “*kendisine yönelik gerçekleştirildiği iddia edilen cinsel istismar eylemine yönelik mağdurun beyanlarına itibar edilemeyeceği*” şeklinde karar ifadesinin bulunması

- 8'sinin dosyasında cinsel istismarın nasıl gerçekleştiğine yönelik herhangi bir bilgi bulunmaması
- 4'ünün ise dosyasında olguya ait yaş, olay zamanındaki yaş bilgilerinin yer almaması nedeniyle örneklem grubundan çıkarılmıştır. Yukarıda bahsedilen bu olgular çalışmadan dışlandıktan sonra çalışmada değerlendirilen ve istatistiksel analize tabi tutulan olgu sayısı 340 olarak belirlenmiştir.

Bu olgu dosyaları Prof. Dr. Serpil ERERMİŞ ve Doç. Dr. Sezen KÖSE'nin yer aldığı araştırma komitesi tarafından değerlendirilmiş ve olguların tamamının araştırmaya alınması uygun görülmüştür.

5.5.1. Araştırma Örneklemine Dahil Olma Kriterleri

1. 6 – 18 yaş aralığında adli poliklinik başvurusunun olması
2. Başvuru tarihinin 01.01.2014 ile 31.12.2020 tarihleri arasında olması
3. EÜTF ÇERSAH AD Adli Polikliniğine 'cinsel istismar mağduru' sıfatıyla başvurularının olması
4. Olgunun poliklinik görüşmesi ve heyette kendisine yönelik olduğu iddia edilen cinsel istismar eylemini yalanlamaması
5. Olgunun kendisi hakkında tanzim edilen adli raporda *"kendisine yönelik gerçekleştirildiği iddia edilen cinsel istismar eylemine yönelik mağdurun beyanlarına itibar edilemeyeceği"* şeklinde karar ifadesinin bulunmaması
6. Olgu dosyalarının içeriğinde cinsel istismar eyleminin nasıl gerçekleştiğine yönelik bilgilerin, yaş ve olay zamanındaki yaş bilgilerinin eksiksiz olarak bulunması

5.5.2. Araştırma Örneklemine Dahil Edilmeme Kriterleri

1. 6 yaş altında veya 18 taş üzerinde iken adli poliklinik başvurusunun olması
2. Başvuru tarihinin 01.01.2014 ile 31.12.2020 tarihleri dışında olması
3. EÜTF ÇERSAH AD Adli Polikliniğine 'cinsel istismar mağduru' sıfatıyla başvurularının olmaması
4. Olgunun poliklinik görüşmesi ve heyette kendisine yönelik olduğu iddia edilen cinsel istismar eylemini yalanlaması

5. Olgunun kendisi hakkında tanzim edilen adli raporda *“kendisine yönelik gerçekleştirildiği iddia edilen cinsel istismar eylemine yönelik mağdurun beyanlarına itibar edilemeyeceği”* şeklinde karar ifadesinin bulunması

6. Olgu dosyalarının içeriğinde cinsel istismar eyleminin nasıl gerçekleştiğine yönelik bilgilerde, yaş ve olay zamanındaki yaş bilgilerde eksiklerin bulunması

5.6. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

5.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (SDVF)

Çalışmaya katılan yazarlar tarafından oluşturulmuş olan Sosyodemografik Veri Formu, olgular ve ailelerine yönelik sosyodemografik verileri, olguların olaydan önce ve adli değerlendirme sırasında saptanan psikiyatrik bozukluklarını, gelişimsel psikopatolojileri ve ailesel psikososyal özellikleri saptamaya yönelik bir formdur. Bilgiler olguların adli dosyalarından elde edilmiştir.

Olguların yaşı, cinsiyeti, olay sırasındaki yaşı, öğrenimine devam edip etmediği, öğrenim düzeyi, olaydan önce psikiyatrik bozukluk(lar)a sahip olup olmadığı, sahipse hangi psikiyatrik bozukluk(lar)a sahip olduğu, anne ve babanın eğitim düzeyi, psikiyatrik bozukluğa sahip olup olmadığı, sahipse hangi psikiyatrik bozukluk(lar)a sahip oldukları, yaşadıkları yer (büyükşehir / sosyoekonomik düzeyi düşük semt / il merkezi / ilçe merkezi / köy), aile tipi (çekirdek / geniş / parçalanmış), anne ve babanın meslekleri, (varsa) kardeş sayısı, kardeş(ler)de psikiyatrik bozukluk varlığı durumu, ailede şiddet varlığı, ailede alkol/madde kullanımı varlığı, ailede suça bulaşma varlığı, ebeveynlerin boşanma durumu, kaotik aile ortamı varlığı, olgunun yurtta/kurumda kalıp kalmadığı, sigara/alkol/madde kullanım durumu, olgunun nöromotor gelişiminde gecikme olup olmadığı, konuşmasında gecikme olup olmadığı, olgunun uğradığı cinsel istismarın tipi (basit / nitelikli), zincirleme cinsel istismarın olup olmadığı, istismarcı kişi (aile içinden / akraba / arkadaş / tanıdığı kişi / tanımadığı kişi), istismar sonucu gebe kalma durumu, istismar sonucu çocuk doğurma durumu, istismarın nasıl gerçekleştiğine yönelik bilgiler (ilk kez istismara uğrama yaşı / istismara uğrarken maruz kaldığı zorlanma durumu / cinsel istismarın niteliğine göre şiddeti, uğradığı cinsel istismar sayısı / fail sayısı), olguların adli değerlendirme sonunda psikiyatrik tanı alıp almama durumu, almışlarsa hangi tanı(lar)ı aldıkları, psikiyatrik tanı sayısı, ruh sağlığında kalıcı bozulma olup olmama durumu, ilaç tedavisi alıp almama durumu değişkenleri dosyalardan edinilen bilgiler doğrultusunda oluşturulmuştur. SDVF örneği ekte sunulmuştur (EK – 1).

5.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Kendini değerlendirme türünde bir ölçek olan BDÖ, 21 maddeden oluşan bir ölçek olup MDB’de görülebilecek somatik, duygusal, bilişsel ve dürtüsel belirtileri değerlendirmektedir. Maddeler likert tipinde olup 0 ile 3 puan arasında puanlanmaktadır. BDÖ’den alınabilecek puan aralığı 0 ile 63 puan arasında olup kesme puanı 17 puan olarak belirlenmiştir. Daha yüksek puanlar depresif belirtilerin daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Olguların kesme puanının üzerinde toplam puan elde etmesi klinik depresyon açısından risk altında bulundukları şeklinde yorumlanmaktadır. Bu ölçek depresyon tanısını koymayı amaçlamamıştır, belirtilerin ve bulguların şiddetini rakamsal değerlere dönüştürmeyi amaçlamıştır (85).

BDÖ’nün iki formu vardır. Birinci form Beck tarafından 1961’de geliştirilen orijinal form olup (86), ikincisi ise yine Beck tarafından 1978’de geliştirilen formdur (87).

Hatzenbuehler’in üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada BDÖ’nün güvenirlik katsayıları 0,60 ile 0,87 arasında belirtilmiştir (88).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise yüksek geçerlik ve güvenirlik katsayılarına ulaşılmıştır (89, 90). Ölçeğin 1961 formunun üniversite öğrencilerinde yarıya bölme katsayıları 0,78 ve test-tekrar-test güvenirlik katsayıları 0,65 olarak saptanmıştır. Aynı formun, depresif hastalar içinde yarıya bölme katsayısı 0,61 şeklinde belirtilmektedir. Hisli’nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ölçeğin yarıya bölme güvenirlik katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur (90).

Çalışmamızda yer alan BDÖ, anabilim dalımızda adli polikliniğe başvuran ve özellikle 13 yaş ve üzerindeki tüm olgulara rutin olarak doldurtulan ölçeklerden biridir. Bizim çalışmamızda 194 olgunun dosyasında BDÖ’nün doldurulmuş olduğu saptanmış olup bu olguların dosyalarında yer alan BDÖ puanları depresif bulguların değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. BDÖ örneği ekte sunulmuştur (EK – 2).

5.6.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

ÇDÖ çocukluk çağı depresyonunun araştırılmasında sıklıkla kullanılan bir ölçek olup psikometrik özellikleri en fazla araştırılmış ölçek olarak bilinmektedir. Kovacs tarafından 1980’de geliştirilen ÇDÖ’nün geliştirilmesi çocuklarda gözlenebilir, ölçülebilir, hatta erişkinlerdekine benzer özelliklere sahip ‘çocukluk çağı depresyonunun’ olabileceği düşüncesine dayanmaktadır (91). Bu düşünceden hareketle BDÖ esas alınarak hazırlanmıştır.

Ancak sorulara çocukluk dönemine ve çocukluk çağı depresyonuna özgü olabilecek okul durumu, akranlarla ilişkiler gibi alanlarla ilgili sorular da eklenmiştir. Ölçeğin dili 6-17 yaş arasındaki çocukların anlayabileceği şekilde sadeleştirilmiştir.

27 maddelik (A, B, C, D, E, F, G, H, I, İ, J, K, L, M, N, O, Ö, P, R, S, Ş, T, U, Ü, V, Y, Z maddeleri) likert tipi bir ölçek olan ÇDÖ'nün sorularında 3 seçenek vardır. Her madde belirtilerin şiddetine göre 0 ile 2 puan arasında puanlanmaktadır. Ancak ÇDÖ'nün B, E, G, H, İ, J, L, N, O, P, Ü ve V maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 54 arasında değişmekte olup kesim noktası 19 puan olarak belirlenmiştir (92).

Ölçek klinisyen tarafından çocuğa okunarak ve puan vermesi istenerek ya da doğrudan çocuğun kendisinin okuyarak doldurması sağlanarak çocuklara uygulanmaktadır. Her bir soruya cevap verirken çocuktan son 2 hafta içerisinde kendisine en uygun olan seçeneği seçmesi istenir. Olgunun ölçekten aldığı puanın yüksekliği depresif belirtilerin şiddetinin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilmiştir.

Çalışmamızda yer alan ÇDÖ, anabilim dalımızda adli polikliniğe başvuran ve özellikle 12 yaş ve altındaki tüm olgulara rutin olarak doldurtulan ölçeklerden biridir. Bizim çalışmamızda 100 olgunun dosyasında ÇDÖ'nün doldurulmuş olduğu saptanmış olup bu olguların dosyalarında yer alan ÇDÖ puanları depresif bulguların değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. ÇDÖ örneği ekte sunulmuştur (EK – 3).

5.6.4. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği (KAY-BÖ)

KAY-BÖ çocuk ve ergenlerdeki anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi ve ölçülmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçektir. KAY-BÖ, Birmaher ve ark. (93) tarafından geliştirilmiş olup replikasyon çalışması da 1999'da yapılmıştır (94). Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Çakmakçı tarafından yapılmıştır (95). Hem ebeveyn hem de çocuk formu bulunan ölçek 41 maddeden oluşmaktadır. Ebeveyn ve çocuk formundaki maddeler tamamen aynı olup yalnızca maddelerde çocuk formunda çocuğa, ebeveyn formunda ise ebeveyne hitap dili kullanılmıştır. Bu ölçekte, çocuktan her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. KAY-BÖ'deki madde belirtilerin şiddetine göre 0 ile 2 puan arasında puanlanmaktadır. Olgunun ölçekten aldığı puanın yüksekliği anksiyete belirtilerinin şiddetinin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilmiştir. KAY-BÖ'de 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. KAY-BÖ'de yer alan alt ölçekler olan panik bozukluk veya anlamlı somatik yakınmalar (KAY-BÖ – PB) (13 madde; Madde 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38), yaygın anksiyete bozukluğu (KAY-BÖ – YAB) (9 madde; Madde 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37),

ayrılma anksiyetesi bozukluğu (KAY-BÖ – AAB) (8 madde; Madde 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31), sosyal anksiyete bozukluğu (KAY-BÖ – SAB) (7 madde; Madde 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41) ve okul korkusu (KAY-BÖ – OK) (4 madde; Madde 2, 11, 17, 36) alt ölçeklerin puanları da hesaplanabilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-82 arasında değişirken panik bozukluk/anlamli somatik yakınmalar alt ölçeği puan aralığı 0-26, yaygın kaygı bozukluğu alt ölçeği puan aralığı 0-18, ayrılık kaygısı alt ölçeği puan aralığı 0-16, sosyal kaygı alt ölçeği puan aralığı 0-14 ve okul korkusu alt ölçek puan aralığı 0-8'dir. KAY-BÖ'nün genel test güvenirlik katsayılarının (Crohnbach alfa) 0,74 – 0,93 aralığında değiştiği, test-tekrar test güvenirlik katsayılarının ise 0,70 – 0,90 aralığında değiştiği belirtilmiştir (93). Ölçeğin Türkçe'ye uyanıp geçerlik ve güvenirliğinin yapıldığı çalışmada ise genel puan ve alt ölçek puanları için Crohnbach alfa değerlerinin 0,88 – 0,91 aralığında değiştiği ve ayırt ediciliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir (95).

Çalışmamızda yer alan KAY-BÖ, anabilim dalımızda adli polikliniğe başvuran tüm olgulara ve olguların ebeveynlerine rutin olarak doldurtulan ölçeklerden biridir. Bizim çalışmamızda 164 olgunun dosyasında KAY-BÖ çocuk formunun, 111 olgunun dosyasında da KAY-BÖ ebeveyn formunun doldurulmuş olduğu saptanmış olup bu olguların dosyalarında yer alan KAY-BÖ puanları anksiyete bulgularının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. KAY-BÖ çocuk ve ebeveyn formlarının örneği ekte sunulmuştur (EK – 4).

5.6.5. Cinsel İstismar Şiddeti Skoru (CİŞS) (*Sexual Abuse Severity Score: SASS*)

Zink ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen bu puanlama sistemi cinsel istismara uğrayan bireylerde istismar şiddetini retrospektif değerlendirmeyeyle ölçmeyi amaçlamaktadır (96). Bu puanlama içerisinde ilk kez istismara uğranıldığı anda mağdurun yaşı (CİŞS-Y), istismara uğrama sayısı (CİŞS-S), istismarın niteliği (CİŞS-Ş), istismarcı sayısı ve (fiziksel veya psikolojik) zorlamanın şiddeti (CİŞS-Z) parametreleri bulunmakta, bu parametrelerin her biri derecelendirilerek puanlama yapılmakta ve toplam cinsel istismar şiddeti skoru (CİŞS-T) hesaplanmaktadır. En düşük alınabilecek puan 0 iken en yüksek alınabilecek puan 20 puan olarak belirlenmiştir. CİŞS puanlamasına katkıda bulunan faktörler ve puanlama dereceleri aşağıda belirtilmiştir:

Cinsel İstismar Şiddeti Skoruna Katkıda Bulunan Faktörler (96)

İlk kez cinsel istismara uğrama yaşı (CİŞS – Y)

3 – 47

5 – 66

7 – 85

9 – 104

11 – 123

13 – 142

15 – 161

≥ 170

Fail Sayısı (CiŞS – F)

10

≥ 21

Deneyimlenen maksimum zorlanma (CiŞS – Z)

Yüksek (fiziksel şiddet, silah..vs).....4

Orta (sözlü şiddet, tehdit, para alma..vs)2

Yok0

Deneyimlenen en şiddetli istismar (CiŞS – Ş)

Cinsel birleşme, cinsel birleşme girişimi, cinsel organa nesne sokulması4

Başkasının vücudunu okşama, kendi vücudunu okşatma, cinsel organa dokundurtma,
mağdurun cinsel organına dokunma, sürtünme.....2

Seks teklif etme, öpme, cinsel organ gösterme, cinsel organa bakma0

İstismara uğrama sayısı (CiŞS – S)

10

21

32

4 – 93

≥ 104

Çalışmamızda da cinsel istismara uğrayan olguların dosyaları taranarak CİŞS puanlamasıyla uğradıkları cinsel istismarın şiddetinin kantitatif olarak belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda tüm olguların dosya bilgileri, varsa ÇİM adli görüşmeleri, mağdur ifade tutanakları, duruşma tutanakları, sosyal inceleme raporları ve aile görüşmesi raporları detaylı olarak incelenerek CİŞS puanlaması yapılmıştır.

5.6.6. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği – Revize Edilmiş Versiyonu (WÇZÖ – R)

Wechsler tarafından 1949’da 6 – 16 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin zekâ kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan WÇZÖ, 1974 yılında yapılan değişikliklerle revize edilmiştir. Wechsler 1974’te 6 – 16 yaş aralığındaki 2200 kişilik örneklem ile yaptığı çalışmada bazı değişikliklere giderek bu ölçüm aracına bazı standardizasyonlar getirmiştir (97). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik-güvenirliği ve Türk çocukları üzerinde standardizasyonu Savaşır ve Şahin tarafından yapılmıştır (98). WÇZÖ-R, Sözel ve Performans olmak üzere iki zekâ bölümünden (Intelligence Quotient = IQ) oluşmaktadır. Sözel Zekâ Bölümü (SIQ) Genel Bilgi, Benzerlikler, Aritmetik, Sözcük Dağarcığı, Yargılama ve Sayı Dizisi alt testlerini; Performans Zekâ Bölümü (PIQ) Resim Tamamlama, Resim Düzenleme, Küplerle Desen, Parça Birleştirme, Şifre ve Labirent alt testlerini içermektedir. SIQ ile PIQ puanlarının toplamından Toplam Zekâ Bölümü (TIQ) elde edilmektedir (97).

Çalışmamızda yer alan WÇZÖ – R, anabilim dalımız bünyesinde çalışan deneyimli psikologlar tarafından adli polikliniğe başvuran tüm olgulara rutin olarak uygulanan bir zekâ testidir. Bizim çalışmamızda da olguların dosyalarında yer alan WÇZÖ – R puanları zekâ kapasitesinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ancak bazı olgularda teste yeterli kooperasyonu sağlayamama, negativist tutum sergileme, iletişim kurmaya direnç gösterme, sahip olunan psikiyatrik problemlerin etkileri, bedensel engele sahip olma veya sekonder kazanç elde etmeyi düşünme gibi sebeplerden dolayı ölçülen IQ puanları gerçekte var olan zekâ kapasitesinin altında çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda testi yapan psikologlar ve psikiyatrik değerlendirmeyi yapan çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından klinik olarak öngörülen zekâ kapasitesi saptanır. Çalışmamızda 337 olgunun ölçülen TIQ puanlarının yanı sıra tüm olguların klinik olarak öngörülen zekâ kapasiteleri de belirlenmiştir ve araştırmamız bulgularının bir kısmına dahil edilmiştir. WÇZÖ-R değerlendirme formunun örneği ekte sunulmuştur (EK – 5).

5.6.7. Tematik Algı Testi (TAT) ve Çocuklarda Tematik Algı Testi (CAT)

TAT, 1935 yılında Morgan ve Murray tarafından geliştirilmiştir. Shentoub ve Debray 1970 yılında TAT'yi geliştirmişlerdir (99). Bütün gelişmeler ile birlikte günümüzde TAT'de kişiye 16 kart verilerek her bir kart ile ilgili hikâye oluşturması istenmektedir. Test, bireyin kişilik yapısı, nesne ilişkileri, depresif durumla nasıl başa çıktığı, ödipal çatışma, kadınlar arasındaki rekabet, özdeşleşme, iç ve dış sınırlar, arkaik korkular, hakkında ayrıntılı bilgi vermektedir (100). 13 yaş altındaki çocuklarda ise TAT'nin çocuk versiyonu olan CAT (Çocuklarda Tematik Algı Testi) kullanılmaktadır.

Çalışmada yer alan projektif testler (TAT ve CAT), Anabilim Dalı bünyesinde çalışan psikologlar tarafından adli polikliniğe başvuran olgulara uygulanmış ve raporlaştırılmıştır. Bu çalışmada projektif test raporlarının sadece temalara ilişkin tablosu değerlendirmeye alınmıştır. Tema tablosunda yer alan temalar sırasıyla; kadın modeli algısında bozulma, erkek modeli algısında bozulma, korku ve tehdit algısı, suçluluk ve pişmanlık algısı, terk edilemezlik algısı, depresyon-anksiyete temaları, olumsuz benlik algısı, sevgi ve güven ihtiyacı, üzüntü ve mutsuzluk temaları, başa çıkma becerilerinde bozulma, saldırganlık – öfke – agresyon temaları, gerçeklik algısının bozulması ve kopuk – uçuşan düşüncelerdir. Ayrıca tablodaki temaların arasında yer almamasına rağmen raporların değerlendirilmesi sırasında tekrarladığı görüldüğü için “cinsel istismar”, “intihar” ve “ölüm” temaları tema tablosuna eklenmiştir. Tabloda yer alan temalar, olguların kartlara yanıt olarak verdikleri öykülemeler değerlendirilerek Var/Yok şeklinde işaretlenmiştir. Çalışmaya alınan 340 olgudan 311'inin projektif testinin olduğu; 311 olgudan 138'inin raporlarında bahsedilen tema tablosu doldurulmuş iken 173'ünün raporlarındaki tema tablosunun doldurulmadığı görülmüştür. Değerlendirici yanlılığını kontrol edebilmek için Anabilim Dalı'nda çalışan bir psikolog, tabloları doldurulmamış olan projektif test raporlarında yer alan bilgilerden yola çıkarak eksik olan tema tablolarını doldurmuştur. TAT/CAT değerlendirme formunun örneği ekte sunulmuştur (EK – 6).

5.7. Uygulama

5.7.1. Etik Kurul Onayı

Araştırmamız için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.09.2020 tarihinde ve 20-9.1T/10 onay karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (EK – 7). Etik kurul protokolüne ilişkin tarafımızca talep edilen değişiklik Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'nda 04.02.2021 tarihinde ve 21-2T/66 onay karar numarasıyla onaylanmıştır (EK – 8).

5.7.2. Çalışma Sürecinin İlerleyişi

Araştırmamız için etik kurul onayı alındıktan sonra EÜTF ÇERSAH AD adli poliklinik arşivinde retrospektif arşiv taraması yapılmıştır. 2014 ile 2020 yılları arasında 7 yıl içerisinde adli polikliniğe başvuran 1455 olgu dosyasına ulaşılmıştır. Bu olgu dosyaları içerisinde mahkemelerin “cinsel istismar mağduru” sıfatıyla polikliniğimize yönlendirdiği olguların sayısı 412’dir. Bu olguların; 12’sinin 6 yaş altında iken poliklinik başvurusunun olması, 16’sının 18 yaş üzerinde iken poliklinik başvurusunun olması, 22’sinin dosyadan edinilen bilgiler doğrultusunda adli poliklinikte kendisine yönelik bir cinsel istismar eylemi olmadığını iddia etmesi ya da bu konuda çelişkili beyanlar vermesi, 10’u hakkında tanzim edilen adli raporda “kendisine yönelik gerçekleştirildiği iddia edilen cinsel istismar eylemine yönelik mağdurun beyanlarına itibar edilemeyeceği” ifadesinin bulunması, 8’sinin dosyasında cinsel istismarın nasıl gerçekleştiğine yönelik herhangi bir bilgi bulunmaması ve 4’ünün ise dosyasında olguya ait yaş, olay zamanındaki yaş bilgilerinin yer almaması nedeniyle örneklem grubundan çıkarılmıştır. Çalışmada değerlendirilen ve istatistiksel analize tabi tutulan olgu sayısı 340 olarak belirlenmiştir. Bu süreç şekil – 1’de şematize edilmiştir.

Bu olgu dosyaları Prof. Dr. Serpil ERERMİş ve Doç. Dr. Sezen KÖSE’nin yer aldığı araştırma komitesi tarafından değerlendirilmiş ve olguların tamamının araştırmaya alınması uygun görülmüştür. Çalışmaya alınan olgular ve ebeveynlerinden onam alınması amacıyla dosya bilgilerinde yer alan iletişim numaralarından olgulara ulaşılmaya çalışılmıştır. 340 olgudan 124’ne ulaşılabilmemiştir. Ulaşılabilen 124 olgudan 43’ İzmirdişında olmaları nedeniyle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (BGOF) imzalayıp taratarak elektronik posta yolu ile tarafımıza göndermişlerdir. Geriye kalan 81 olgu ve ebeveyninden 23’ COVID-19 pandemisi nedeniyle hastaneye gelemeyeceklerini gerekçe göstererek BGOF’u imzalayıp taratarak elektronik posta yolu ile tarafımıza göndermişlerdir. Geriye kalan 58 olgu ve ebeveynin tamamından yazılı olarak BGOF alınmıştır (EK – 9).

5.7.3. EÜTF ÇERSAH AD Adli Polikliniğinde Cinsel İstismar Mağduru Olguların Rutin Değerlendirme Prosedürü

Anabilim dalımızın adli polikliniğinde olguların rutin değerlendirme prosedürü 2014 ile 2020 yılları arasında küçük değişikliklerin olması dışında benzer şekilde devam etmiştir. Adli makamlarca yönlendirilen diğer tüm adli olgular gibi cinsel istismar mağduru sıfatıyla yönlendirilen olguların değerlendirilmesinde 3 aşama bulunmaktadır.

Birinci aşamada cinsel istismar olguları çocuk ve ergen psikiyatrisi araştırma görevlisi doktoru tarafından psikiyatrik değerlendirmeye tabi tutulur. Olgulardan ve olguya refakat eden yakınlarından (genellikle ebeveynleri) yaşanan adli olayın öyküsü, bunun yanı sıra öz geçmiş, soy geçmiş bilgileri, aile yapısı, aile içi ilişkiler, aile eğitim ve sosyoekonomik durumuna ilişkin bilgiler, kardeşlere ilişkin bilgiler, gelişim öyküsü, akademik öykü, olgunun sosyal yaşamı, alışkanlıkları, psikiyatrik bozukluk öyküsü, varsa kullandığı ilaçlar ve aldığı tedaviler öğrenilerek dosyaya not edilir. Ayrıca DSM-5 kriterlerine göre olguların ruhsal durum muayenesi de yapılarak muayene bulguları dosyaya not edilir. Sonrasında olgulardan Cümle Tamamlama Testi, BDÖ (genelde 13 yaş ve üzerine), ÇDÖ (genelde 12 yaş ve altına) ve KAY-BÖ (çocuk formu) doldurmaları, olguların ebeveynlerinden de Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve KAY-BÖ (ebeveyn formu) doldurmaları istenir. Daha sonrasında olguların zekâ kapasitelerinin tayini amacıyla 6 yaş ve üzerindeki olgulara deneyimli psikologlar tarafından WZÇÖ-R zekâ testi yapılır. 6 yaşın altındaki olgulara ve 6 yaş üzerinde olup WZÇÖ-R testini alamayacak durumda olan olgulara zihinsel gelişim değerlendirmesi amacıyla Ankara Gelişim ve Tarama Envanteri (AGTE) uygulanır. Çalışmamızda yer alan 3 hastaya AGTE uygulanmıştır. WZÇÖ-R testinden sonra başka bir psikolog tarafından projektif bir test olan TAT (daha küçük olan çocuklara CAT) uygulanır. Muayene, psikometrik ve projektif testlerin yanı sıra gerek görülen olguların aileleriyle sosyal hizmet uzmanı tarafından aile görüşmesi de yapılmaktadır. 6 yaşın altında olan bazı olgularda davranış gözlemi amacıyla pedagog gözetiminde en az 4 seans oyun odası gözlemi de ek inceleme olarak istenebilmektedir.

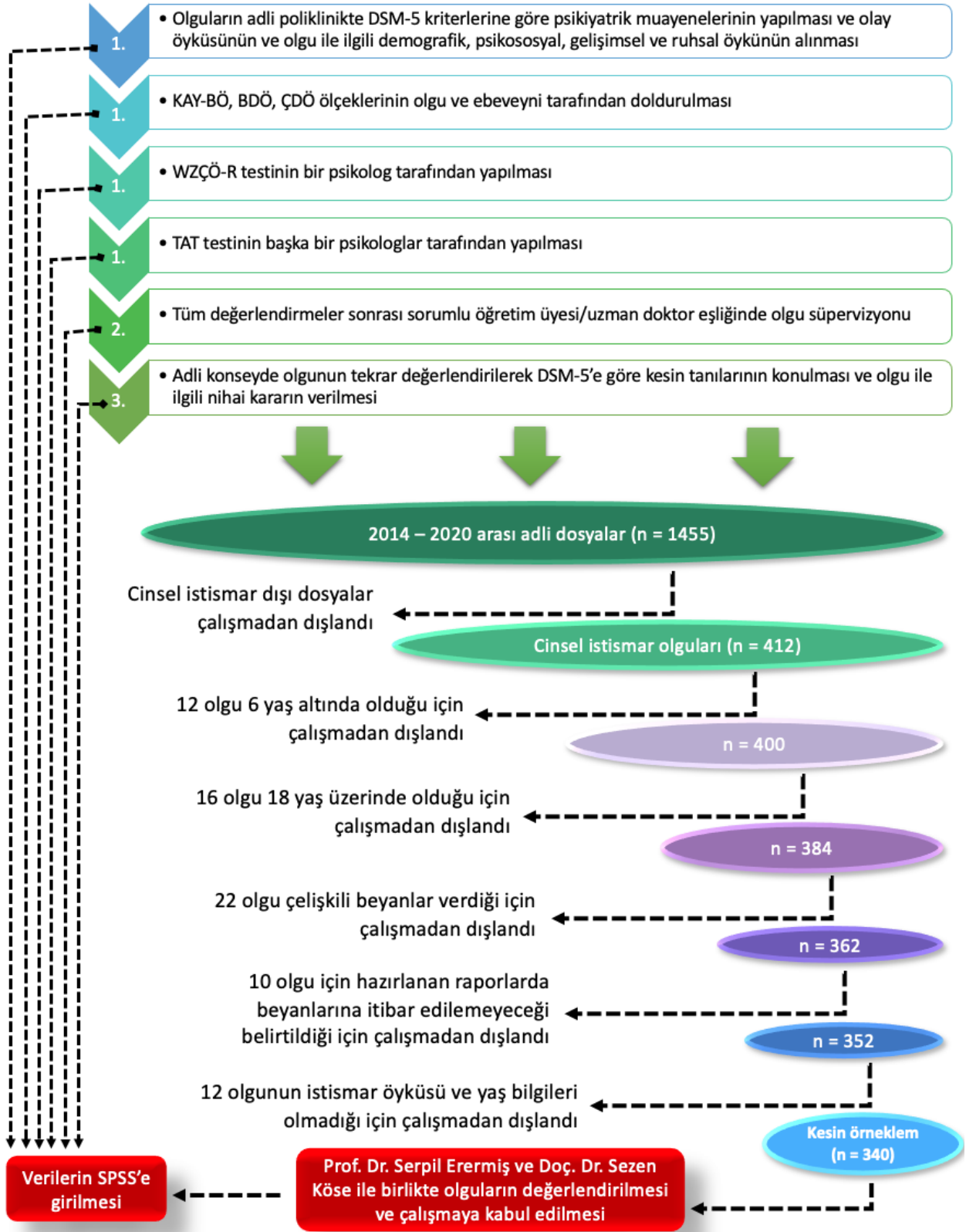
İkinci aşamada tüm değerlendirme basamakları tamamlanmış olan olgular dosya vizitinde sorumlu öğretim üyesine veya sorumlu uzman doktora danışılarak gerekli olacak ek incelemenin olup olmadığına karar verilir. Psikiyatrik tanı konusunda görüş alışverişi sağlanır. Rutin ve varsa ek incelemeleri tamamlanmış olan olgulara adli konsey randevusu verilir.

Üçünce aşamada ise olgular randevu verilen başka bir tarihte üyelerinin 3 çocuk psikiyatrisi uzmanı ve 2 adli tıp uzmanının (İlgili yasal mevzuat değişikliğinden ötürü 2017 yılı itibariyle konsey üyeleri 3 adli tıp uzmanı, 1 çocuk psikiyatrisi uzmanı ve 1 nöroloji uzmanından oluşmaktadır) oluşturduğu adli konseyde yeniden değerlendirilmektedirler. Olguyu ilk olarak adli poliklinikte değerlendiren araştırma görevlisi doktorun da katılımıyla DSM – 5 kriterlerine göre olgu psikiyatrik tanıları açısından değerlendirilir ve varsa psikiyatrik tanı(lar)ı ortak konsensüsle kesinleştirilir.

Adli makamların anabilim dalımız adli konseyinden olgularla ilgili olarak tespit edilmesini istediği unsurlar olgudan olguya farklılık gösterebilmektedir. Örneğin 'mağdurun/mağdurenin beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği', 'mağdurun/mağdurenin kendisine karşı işlendiği iddia olunan cinsel istismar eyleminin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme ve davranışlarını yönlendirebilme yeteneğinin yeterince gelişip gelişmediği', 'mağdurda/mağdurede bir akıl hastalığının bulunup bulunmadığı' ve 'kendisine karşı işlendiği iddia olunan cinsel istismar eyleminin mağdurun/mağdurenin ruh sağlığında kalıcı bir bozulmaya yol açıp açmadığı' hususları mahkemeler tarafından adli konseyden talep edilen sorulardan birkaçıdır. 'Kendisine karşı işlendiği iddia olunan cinsel istismar eyleminin mağdurun/mağdurenin ruh sağlığında kalıcı bir bozulmaya yol açıp açmadığı' hususunda rapor düzenlenme talebi mahkemeler tarafından örneklemimizde yer alan olguların tamamı için istenmemiştir. Ayrıca bu talep olsa bile 'ruh sağlığında kalıcı bozulma olup olmadığının' sorulduğu olguların (n = 266) %25,5'inde (n = 68) konsey üyeleri kesin bir karara varamamış olup olgunun 6 ay boyunca psikiyatrik açıdan izlenmesi önerilmiştir. Örneklemimizde mahkemelerin adli konseyden olgular hakkında 'ruh sağlığında kalıcı bozulma olup olmadığı' hususunda rapor düzenlenmesini istediği ve adli konseyin de bu hususta kesin karara vardığı olgu sayısı toplam örneklemimizin %58,2'sidir (n = 198).

Adli konseyde uzman hekimler tarafından değerlendirilen olgular için ortak konsensüse varılarak karar oluştuktan sonra olgular hakkındaki adli raporlar yazılır ve raporun istendiği adli makama gönderilir. EÜTF ÇERSAH AD adli polikliniğinde cinsel istismar mağduru olguların rutin değerlendirme prosedürü Şekil – 1'de şematize edilmiştir.

Şekil 1. Cinsel istismar mağduru olan olguların adli poliklinikte rutin değerlendirilme prosedürü ve çalışmanın akış şeması



5.7.4. Olgu Dosya Bilgilerinden Ulaşılmaması Hedeflenen Veriler

Olguların yaşı, cinsiyeti, olay sırasındaki yaşı, olayın gerçekleşmesi ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre, öğrenimine devam edip etmediği, öğrenim düzeyi, olaydan önce psikiyatrik bozukluk(lar)a sahip olup olmadığı, sahipse hangi psikiyatrik bozukluk(lar)a sahip olduğu, anne ve babanın eğitim düzeyi, psikiyatrik bozukluğa sahip olup olmadığı, sahipse hangi psikiyatrik bozukluk(lar)a sahip oldukları, yaşadıkları yer (büyükşehir / sosyoekonomik düzeyi düşük semt / il merkezi / ilçe merkezi / köy), aile tipi (çekirdek / geniş / parçalanmış), anne ve babanın meslekleri, (varsa) kardeş sayısı, kardeş(ler)de psikiyatrik bozukluk varlığı durumu, ailede şiddet varlığı, ailede alkol/madde kullanımı varlığı, ailede suça bulaşma varlığı, ebeveynlerin boşanma durumu, kaotik aile ortamı varlığı, olgunun yurttta/kurumda kalıp kalmadığı, sigara/alkol/madde kullanım durumu, olgunun nöromotor gelişiminde gecikme olup olmadığı, konuşmasında gecikme olup olmadığı, olgunun uğradığı cinsel istismarın tipi (basit / nitelikli), zincirleme cinsel istismarın olup olmadığı, istismarcı kişi (aile içinden / akraba / arkadaş / tanıdığı kişi / tanımadığı kişi), istismar sonucu gebe kalma durumu, istismar sonucu çocuk doğurma durumu, yaşanan cinsel istismar eyleminden önce olguların psikiyatrik bozukluğunun olup olmadığı, varsa hangi psikiyatrik bozuklukların yer aldığı, olguların adli değerlendirme sonunda psikiyatrik tanı alıp almama durumu, almışlarsa hangi tanı(lar)ı aldıkları, psikiyatrik tanı sayısı, ruh sağlığında kalıcı bozulma olup olmama durumu, ilaç tedavisi alıp almama durumu değişkenleri dosyalardan edinilen bilgiler doğrultusunda oluşturulmuştur.

Olguların “zincirleme cinsel istismar” eylemine maruz kalıp kalmadığının belirlenmesi Yeni Türk Ceza Kanunu’nun 1. Kitap, 2. Kısım, 5. Bölümünün 43. Maddesinin 1. Fıkrasında geçen ‘zincirleme suç’ bahsine göre düzenlenmiştir (101): *“Madde 43- (1) Bir suç işleme kararının icrası kapsamında, değişik zamanlarda bir kişiye karşı aynı suçun birden fazla işlenmesi durumunda, bir cezaya hükmedilir. Ancak bu ceza, dörtte birinden dörtte üçüne kadar artırılır. Bir suçun temel şekli ile daha ağır veya daha az cezayı gerektiren nitelikli şekilleri, aynı suç sayılır.”* Olguların “kaotik aile ortamına” sahip olması durumu, aile yapısı ve psikososyal yaşantılara yönelik yetersiz ebeveynlik, ebeveynlerin boşanması, enstest ilişkiler, ailede MKB, aile içi şiddet ve aile içinde suça bulaşma öykülerinin olması, güvenli olmayan/yetersiz sosyal destek sistemleri, bu gibi nedenlerle kurum bakımına alınma gibi özelliklerin daha fazla oranda bulunması durumunda araştırmacının kanaatine göre belirlenmiştir. Olgu dosyalarından edinilen bilgiler doğrultusunda olgularda nöromotor gelişim

gecikmesi olması kriteri infant 15 aylık iken yürüme veya ilk adımları atmanın halen gerçekleşmemiş olması (102), konuşma gecikmesi kriteri ise infant 18 aylık iken bir tek kelime söylemenin bile halen gerçekleşmemiş olması (103) şeklinde belirlenmiştir.

İstismarın nasıl gerçekleştiğine yönelik bilgiler [ilk kez istismara uğrama yaşı (CİŞS – Y) / istismara uğrarken maruz kaldığı zorlanma durumu (CİŞS – Z) / cinsel istismarın niteliğine göre şiddeti (CİŞS – Ş) / uğradığı cinsel istismar sayısı (CİŞS – S) / fail sayısı (CİŞS – F)] tüm olguların dosya bilgileri, varsa ÇİM’deki adli görüşmeleri, mağdur ifade tutanakları, duruşma tutanakları, sosyal inceleme raporları ve aile görüşmesi raporları detaylı olarak incelenerek elde edilmiştir.

5.7.5. Doldurulmuş Olan Ölçeklerden Ulaşılması Hedeflenen Veriler

Olguların deneyimlediği anksiyete bulguları ve anksiyete alt tipleri (PB, YAB, AAB, SAB, OK) hem olguların hem de ebeveynlerin doldurmuş olduğu KAY-BÖ ile değerlendirilmiştir. Olguların deneyimlediği depresif bulgular ise BDÖ (daha çok büyük çocuklarda) ve ÇDÖ (daha çok küçük çocuklarda) ile değerlendirilmiştir. Bahsi geçen bu ölçekler çalışmamızda cinsel istismar ile ruh sağlığındaki bozulma ilişkisinin ortaya konulması amacıyla değerlendirmeye alınmıştır.

5.7.6. Psikometrik ve Projektif Testler

Adli poliklinik değerlendirmesi sırasında tüm olgulara uygulanan WZÇÖ-R testi ile olgunun sahip olduğu zekâ kapasitesi tespit edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca hem testi yapan psikologların hem de klinisyenlerin kanaatiyle klinik olarak öngörülen zekâ kapasitesi tespiti tüm olgular için yapılmıştır. Yapılan TAT testi ile de cinsel istismar mağduru olan olguların en çok hangi temaları yoğun olarak yaşıtıldıkları ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. WZÇÖ-R çalışmamızda zekâ kapasitesi ile istismar şiddeti arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesi ve cinsel istismar şiddeti ile ruh sağlığında bozulma parametreleri arasındaki ilişkinin oluşturulmasında zekâ faktörünün kontrol edilmesi amacıyla değerlendirmeye alınmıştır. TAT ise çalışmamızda cinsel istismara uğrayan kız ve erkeklerde hangi temaların farklılaştığının açıklanabilmesi ve istismarın niteliğine yönelik değişikliklerin kişinin bilinç altında hangi olumsuz temaları daha ön plana getirdiğinin açıklanabilmesi amacıyla kullanılmıştır.

5.8. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler IBM – SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programının 22. sürümüne aktarılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için kategorik grupların olgu sayıları frekans ve yüzde (%) olarak hesaplanmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığının tespiti için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmış olup KAY-BÖ Toplam puanı (çocuk), KAY-BÖ Toplam puanı (ebeveyn) ve WZÇÖ-R PIQ nicel değişkenlerinin normal dağılıma uyduğu, diğer nicel değişkenlerin normal dağılıma uymadığı saptanmıştır. Nicel değişkenlerin tanımlayıcı ortalama bilgileri normal dağılıma uyuyorsa ortalama $\pm$ standart sapma (SS), normal dağılıma uymuyorsa medyan [çeyrekler arası genişlik (Interquartile range = IQR)] şeklinde sunulmuştur. Yaş, olay esnasındaki yaş ve olay ile polikliniğe başvuru arasında geçen süre değişkenleri bu değişkenlerle yapılacak analizlerin gerçeğe daha yakın olması amaçlandığından dolayı ay cinsinden hesaplanıp veri tabanına aktarılmıştır. Olay esnasındaki yaş, olgunun yaşadığı son cinsel istismar olayındaki yaşını, olay ile polikliniğe başvuru arasındaki süre olgunun yaşadığı son cinsel istismar olayı tarihi ile adli polikliniğimize başvurusu tarihi arasında geçen süreyi temsil etmektedir. İki bağımsız grup arasında nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında nicel değişkenler normal dağılıma uyuyorlarsa Bağımsız İki Örneklem T testi, normal dağılıma uymuyorlarsa Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. İki kategorik değişkenin birbiriyle ilişkisinin araştırılması için Ki-Kare testi uygulanmıştır. Ki-kare tablolarındaki hücrelerin %20'sinden azı olgu sayısı (frekans) 5'den az olan hücrelerden oluşuyor ise Pearson ki-kare testi, %20'sinden fazlası olgu sayısı (frekans) 5'den az olan hücrelerden oluşuyor ise Fisher'in Exact testi uygulanmıştır. 2'den fazla kategorik grubun nicel değişkenler açısından karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (Oneway-ANOVA) veya Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Tek yönlü varyans analizinde ikili grup karşılaştırması Tukey'in post hoc analizi uygulanarak yapılmıştır. Nicel değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkiler, değişkenlerin çoğunun normal dağılıma uymuyor olması nedeniyle Spearman korelasyon analizi kullanılarak hesaplanmıştır. Spearman korelasyon katsayısı (Spearman's rho = r) 0,1 ile 0,3 arasında ise zayıf düzeyde korelasyon, 0,3 ile 0,5 arasında ise orta düzeyde korelasyon, 0,5'ten daha yüksekse yüksek düzeyde korelasyondan bahsedilir (104).

Çalışmamızda yer alan bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiler bu bahsettiğimiz birinci basamak analizler (ki-kare, mann-whitney u, bağımsız iki örneklem t testi, spearman korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi, kruskal-wallis testi) ile tespit edildikten sonra regresyon analizlerine geçilmiştir. Ancak regresyon analizlerine geçmeden

önce ölçek puanları, psikiyatrik tanı alma durumu ve ruh sağlığında bozulma durumu sonuçlarını etkileme potansiyeli olan WZÇÖ-R Total IQ, olaydan önce psikiyatrik hastalık olması durumu, ilaç tedavisi alma durumu gibi bazı karıştırıcı (confounding) faktörlerin varlığı uygun olan testlerle tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu faktörler her bir bağımlı değişken için tespit edildikten sonra regresyon analizlerine geçilmiştir.

Her bir ölçek puanı ve alt ölçek puanları, psikiyatrik tanı sayısı ve cinsel istismar şiddeti puanları (CiŞS-Y, CiŞS-Z, CiŞS-Ş, CiŞS-S ve CiŞS-T) bağımlı değişkenler olacak şekilde, bu değişkenlerle birinci basamak analizlerde ilişki saptanan değişkenler ise bağımsız değişkenler olacak şekilde ve bağımlı değişkenlerle aralarında karıştırıcı etki saptanan karıştırıcı değişkenler de modellerde kontrol edilmek suretiyle birden çok model sunularak *çoklu doğrusal regresyon modelleri* oluşturulmuştur. Bu modeller oluşturulurken 'Enter' metodu kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler arasındaki etkileşim veya çoklu doğrusallık sorunu olup olmadığı Variance Inflation Factor (VIF) adı verilen değerler aracılığıyla kontrol edilmiştir. VIF, regresyon katsayılarının değişkenliğine işaret eden bir değerdir ve VIF değerlerinin 5'in üzerinde olması çoklu doğrusallık sorununun olduğunu gösterir (105). Bizim çalışmamızda ise kurulan bütün çoklu lineer regresyon modellerinde bağımsız değişkenlerin VIF değerleri 3'ün altında saptanmıştır. Lineer regresyon analizinde bağımsız değişkenler arasında etkileşim olup olmadığının bir diğer yöntemi de bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarına bakılmasıdır. Kurulan tüm modellerde bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları 0,7'nin altında saptanmıştır. Bu durum da bağımsız değişkenler arasında sonuçları etkileyecek etkileşim olmadığı anlamına gelmektedir. 1 bağımsız değişkenin yer aldığı modellerde bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklayıcılığı R^2 değeri ile, birden fazla bağımsız değişkenin yer aldığı modellerde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklayıcılığı düzeltilmiş R^2 (Adjusted R^2) değeri ile hesaplanmıştır.

Psikiyatrik tanı alma durumu, ruh sağlığında bozulma durumu, istismar tipi (basit/nitelikli), zincirleme istismar durumu (var/yok) ve fail sayısı (1 kişi/2 veya daha fazla kişi) gibi iki kategorili değişkenler bağımlı değişkenler olacak şekilde, bu değişkenlerle birinci basamak analizlerde ilişki saptanan değişkenler ise bağımsız değişkenler olacak şekilde ve bağımlı değişkenlerle aralarında karıştırıcı etki saptanan karıştırıcı değişkenler de modellerde kontrol edilmek suretiyle birden çok model sunularak *ikili (binary) lojistik regresyon modelleri* oluşturulmuştur. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin ikili lojistik regresyon modellerinde uyum iyiliği (goodness of fit) Hosmer-Lemeshow testi uygulanarak saptanmıştır (106). Bu test

sonucunda tüm ikili lojistik regresyon modellerinde p değerleri 0,05'in üzerinde saptanmıştır. Bu da tüm değişkenlerin modellere uyumlarının uygun olduğuna işaret etmektedir.

Major depresif bozukluk tanısı (yok/eşik altı/var), Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı (yok/eşik altı/var) ve Anksiyete Bozukluğu tanısı (yok/eşik altı/var) gibi ikiden fazla kategoriden oluşan değişkenler bağımlı değişkenler olacak şekilde, bu değişkenlerle birinci basamak analizlerde ilişki saptanan değişkenler ise bağımsız değişkenler olacak şekilde ve bağımlı değişkenlerle aralarında karıştırıcı etki saptanan karıştırıcı değişkenler de modellerde kontrol edilmek suretiyle birden çok model sunularak *çok kategorili (multinomial) lojistik regresyon modelleri* oluşturulmuştur. İkili ve çok kategorili lojistik regresyon analiz modellerinde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklayıcılığı Nagelkerke R² değerleri ile hesaplanmıştır.

Tüm istatistiksel analizlerde 0,05'den küçük olan p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

6.1. Tanımlayıcı Analiz Bulguları

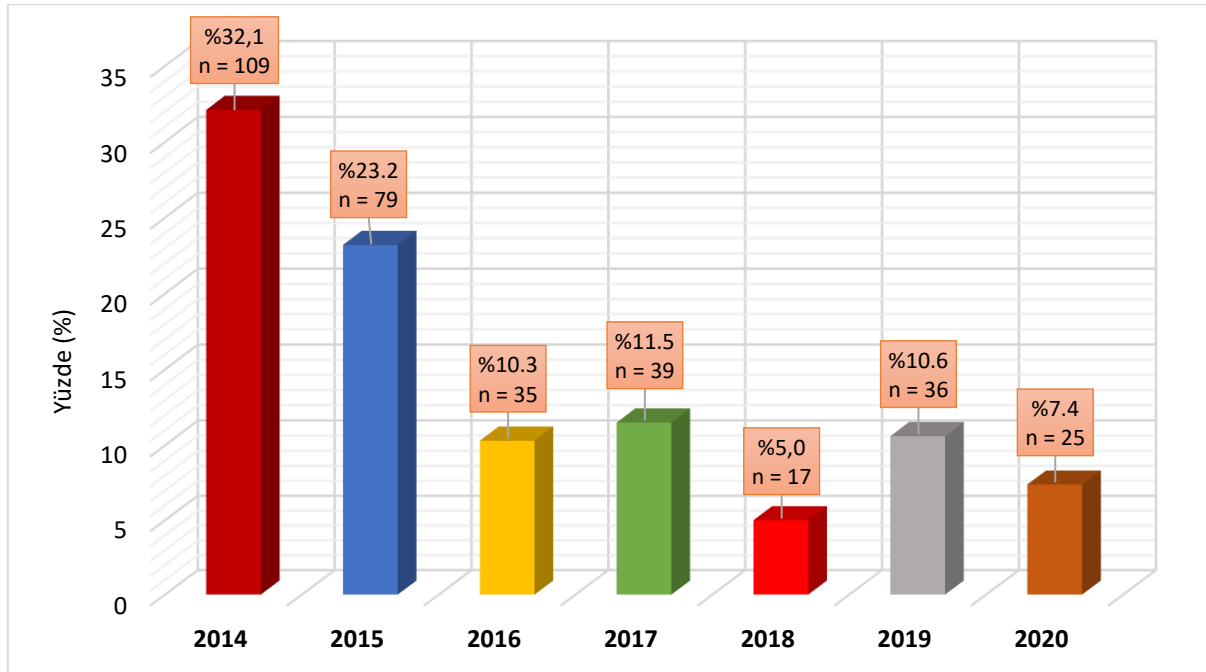
6.1.1. Yaş, Cinsiyet, Olay Esnasındaki Yaş ve Olay ile Başvuru Arasında Geçen Süre

Örneklemin yaş, olay esnasındaki yaşlarının ve yaşadıkları olay ile başvuru arasındaki geçen sürenin ortalamaları ve örneklemin yaşlarına göre, yaşamış oldukları olay esnasındaki yaşlarına göre ve cinsiyetlere göre dağılımları Tablo 1’de sunulmuştur. Olguların yaş medyan değeri yıl cinsinden 15,00 [5,00], ay cinsinden 181,00 [58,00]’tir. Olguların olay esnasındaki yaş medyan değeri yıl cinsinden 13,00 [6,00], ay cinsinden 160,00 [64,00]’tür. Olguların yaşadıkları olay ile adli polikliniğe başvuruları arasında geçen süre medyan değeri ise (ay cinsinden) 14,00 [15,00]’tir. Kız olgu sayısı 288 (%84,7), erkek olgu sayısı ise 52 (%15,3)’dir.

6.1.2. Örneklemdaki Olguların Başvuru Senelerine Göre Dağılımı

Örneklemdaki olguların %32,1’i (n = 109) 2014 yılında, %23,2’si (n = 79) 2015 yılında, %10,3’ü 2016 yılında, %11,5’i (n = 39) 2017 yılında, %5’i (n = 17) 2018 yılında, %10,6’sı (n = 36) 2019 yılında ve %7,4’ü (n = 25) 2020 yılında adli polikliniğe başvurmuştur (Bkz. Şekil 2).

Şekil 2. Örneklemdaki olguların başvuru senelerine göre dağılımı (n = 340)



Tablo 1. Örneklemin yaş, olay esnasındaki yaşlarının ve yaşadıkları olay ile başvuru arasındaki geçen sürenin ortalamaları ve örneklemin yaşlarına göre, yaşamış oldukları olay esnasındaki yaşlarına göre ve cinsiyetlere göre dağılımları (n = 340)

	Medyan	Çeyrekler arası genişlik (IQR)
Yaş (yıl)	15,00	5,00
Yaş (ay)	181,00	58,00
Olay esnasındaki yaş (yıl)	13,00	6,00
Olay esnasındaki yaş (ay)	160,00	64,00
Olay ile başvuru arasında geçen süre (ay)	14,00	15,00
	Frekans	Yüzde (%)
Yaş dağılımı		
6	10	2,9
7	12	3,5
8	17	5,0
9	10	2,9
10	21	6,2
11	17	5,0
12	20	5,9
13	23	6,8
14	34	10,0
15	55	16,2
16	54	15,9
17	41	12,1
18	26	7,6
Olay zamanındaki yaş dağılımı		
4	2	0,6
5	9	2,6
6	15	4,4
7	22	6,5
8	20	5,9
9	20	5,9
10	21	6,2
11	24	7,1
12	25	7,4
13	30	8,8
14	58	17,1
15	52	15,3
16	34	10,0
17	7	2,1
18	1	0,3
Cinsiyet		
Kız	288	84,7
Erkek	52	15,3

6.1.3. Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri & Anne ve Baba Psikopatolojileri

Örneklemdaki olguların anne ve babalarının eğitim düzeylerine ve anne ve babalarında psikiyatrik hastalık varlığına göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Buna göre annelerin %80,2’sinin (n = 231), babaların ise %83,6’sının (n = 235) eğitim düzeyi ortaokul seviyesi ve altında saptanmıştır. Annelerin yalnızca %6,9’u (n = 20) ve babaların yalnızca %6’sı (n = 17) yüksekokul/üniversite mezunudur. Annelerin %24,5’inde (n= 75) ve babaların %19,5’inde (n = 58) psikiyatrik bozukluk varlığı söz konusudur. Annelerde en fazla gözlenen psikiyatrik bozukluk %13,1 (n = 40) ile MDB iken babalarda en fazla gözlenen psikiyatrik bozukluk ise %7,7 (n = 23) ile madde kullanım bozukluğudur.

6.1.4. Aile Yapısı, Ebeveynlerin Boşanma Durumu & Örgün Eğitime Devam Edip Etmeme

Örneklemdaki olguların %28,8’inin (n = 98) örgün eğitime devam etmediği, %37,9’unun aile yapısının (n = 129) parçalanmış aile olduğu (ebeveyn boşanması ve ebeveyn kaybı ile birlikte) ve %33,5’inin (n = 113) ise ebeveynlerinin boşanmış olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 3).

6.1.5. Cinsel İstismar Tipi, İstismarcı, Gebe Kalma & Çocuk Doğurma

Örneklemdaki olguların uğradıkları cinsel istismar türü, istismar eylemini yapan kişi ve istismar sonucu gebe kalma ve çocuk doğurma durumuna göre dağılımı Tablo 4’te sunulmuştur. Olguların %56,5’inin (n = 192) basit cinsel istismara, %43,5’inin ise nitelikli cinsel istismara uğradığı, olguların %38,8’inin (n = 132) zincirleme cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. İstismarda bulunan kişilerin %31,8’inin (n = 108) olgunun arkadaşı, %25,9’unun (n = 88) olgunun tanıdığı kişi (komşu, öğretmen...vs.), %15,9’unun (n = 54) olgunun tanımadığı kişi, %15,6’sının (n = 53) olgunun akrabası ve %10,9’unun ise aile içinden kişi olduğu saptanmıştır. 5 ana kategoride topladığımız istismarcı kişilerin kimliğine ilişkin daha detaylı veriler Şekil 3’te yer almakta olup %21,2 (n = 72) ile tanıdık kişi (komşu...vs.), %19,4 (n = 66) ile olgudan yaşça büyük arkadaş, %15,9 (n = 54) ile olgunun tanımadığı kişi ve %12,4 (n = 42) ile olguyla yaşıt arkadaş en fazla oranda istismarda bulunan istismarcılardır. İstismarcısının öz baba olduğu 19 olgu (%5,6), üvey baba olduğu 7 olgu (%2,1) ve üvey anne olduğu 2 olgu (%0,6) bulunuyor iken, öz anne olduğu olgu bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra örneklemdaki kız olguların %5,9’unun (n = 17) istismar sonucu gebe kaldığı, %4,2’sinin (n = 12) ise gebe kalıp çocuk doğurdıkları saptanmıştır. İstismar sonucu gebe kalan olgularda çocuk doğurma oranı %70,5’tir.

Tablo 2. Örneklemdaki olguların anne ve babalarının eğitim düzeylerine ve anne ve babalarında psikiyatrik hastalık varlığına göre dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)
Anne eğitim düzeyi¹		
Okuryazar	30	10,4
İlkokul	165	57,3
Ortaokul	36	12,5
Lise	37	12,8
Yüksekokul / Üniversite	20	6,9
Baba eğitim düzeyi²		
Okuryazar	17	6,0
İlkokul	171	60,9
Ortaokul	47	16,7
Lise	29	10,3
Yüksekokul / Üniversite	17	6,0
Annede bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü³		
Psikiyatrik hastalık yok	231	75,5
Psikiyatrik hastalık var	75	24,5
<i>Major Depresif Bozukluk</i>	40	13,1
<i>Anksiyete Bozukluğu</i>	14	4,6
<i>Sınır Zeka Kapasitesi / Zihinsel Yetersizlik</i>	10	3,3
<i>Psikotik Bozukluk</i>	4	1,3
<i>Konversiyon Bozukluğu</i>	3	1,0
<i>Duygudurum Bozukluğu / Bipolar Bozukluk</i>	2	0,7
<i>Obsesif Kompulsif Bozukluk</i>	1	0,3
<i>Madde Kullanım Bozukluğu</i>	1	0,3
Babada bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü⁴		
Psikiyatrik hastalık yok	240	80,5
Psikiyatrik hastalık var	58	19,5
<i>Madde Kullanım Bozukluğu</i>	23	7,7
<i>Major Depresif Bozukluk</i>	13	4,4
<i>Davranım Bozukluğu / Antisosyal Kişilik Bozukluğu</i>	12	4,0
<i>Sınır Zeka Kapasitesi / Zihinsel Yetersizlik</i>	4	1,3
<i>Psikotik Bozukluk</i>	2	0,7
<i>Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu</i>	2	0,7
<i>Duygudurum Bozukluğu / Bipolar Bozukluk</i>	2	0,7
¹ n = 288; ² n = 281; ³ n = 306; ⁴ n = 298		

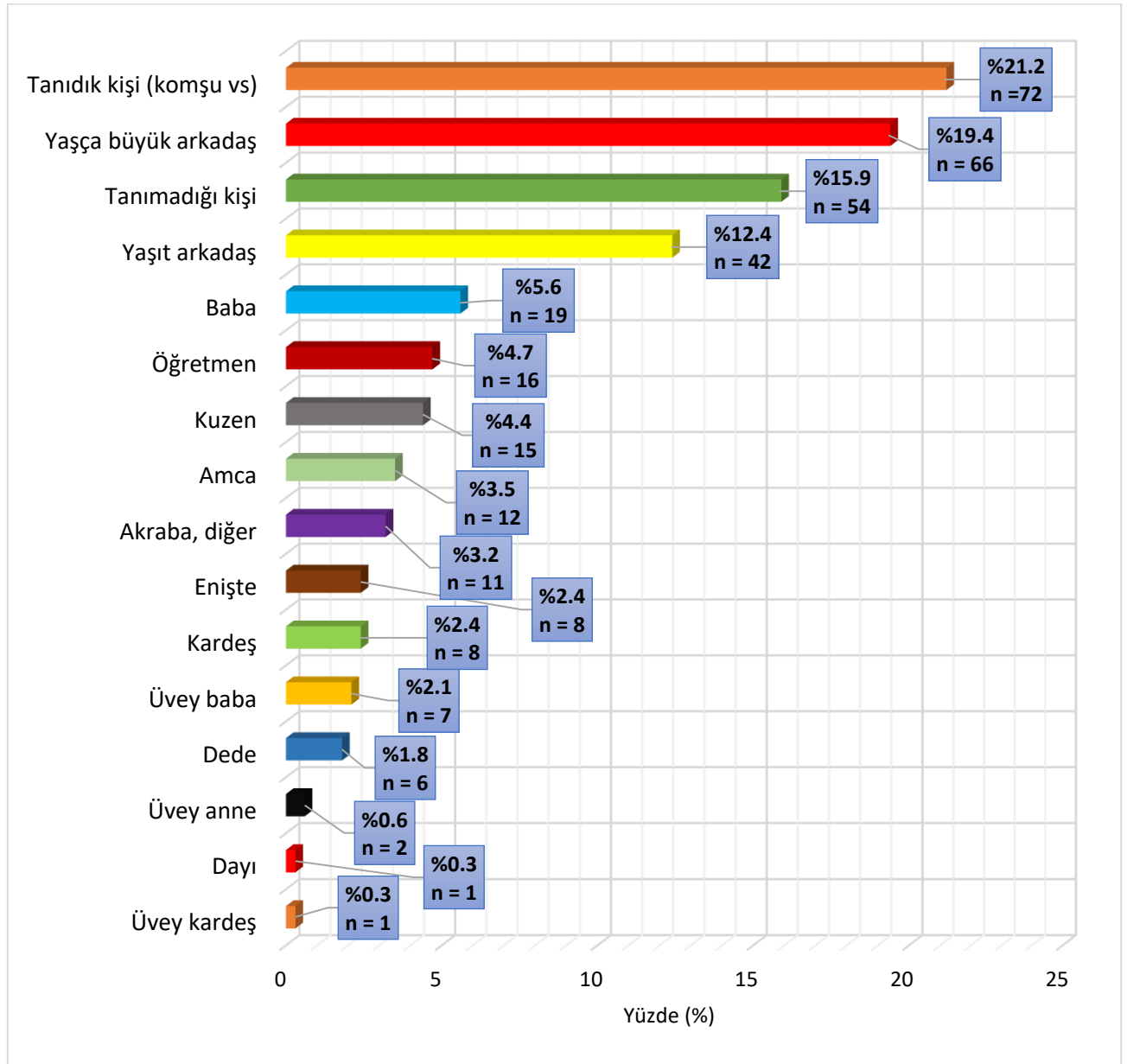
Tablo 3. Örneklemdaki olguların okumaya devam edip etmediklerine göre, aile yapısına göre ve ebeveynlerinin boşanma durumlarına göre dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)
Örgün eğitime devam edip etmeme durumu ¹		
Evet	242	71,2
Hayır	98	28,8
Aile yapısı ¹		
Çekirdek aile	177	52,1
Geniş aile	34	10,0
Parçalanmış aile	129	37,9
Anne ve babanın boşanma durumu ²		
Boşanmamış	214	66,5
Boşanmış	113	33,5
¹ n = 340; ² n = 337		

Tablo 4. Örneklemdaki olguların uğradıkları cinsel istismar türü, istismar eylemini yapan kişi ve istismar sonucu gebe kalma ve çocuk doğurma durumuna göre dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)
Cinsel istismar tipi ¹		
Basit	192	56,5
Nitelikli	148	43,5
Zincirleme cinsel istismar ¹		
Yok	208	61,2
Var	132	38,8
İstismarcı kişi ¹		
Arkadaş	108	31,8
Tanıdığı kişi	88	25,9
Tanımadığı kişi	54	15,9
Akraba	53	15,6
Aile içinden kişi	37	10,9
İstismar sonucu gebe kalma ²		
Hayır	271	94,1
Evet	17	5,9
İstismar sonucu gebe kalıp çocuk doğurma ²		
Hayır	276	95,8
Evet	12	4,2
¹ n = 314; ² n = 288		

Şekil 3. Örneklemdeki olgulara cinsel istismar eylemini uygulayan kişilerin örneklem içindeki dağılımı



6.1.6. Olgunun Yaşadığı Yer ve Yurtta/Kurumda Kalma Durumu

Olguların %27,5'inin (n = 90) büyükşehirlerde, %29,1'inin (n = 95) büyükşehirlerin sosyoekonomik düzeyi düşük olan semtlerinde, %6,7'sinin (n = 22) il merkezlerinde, %28,1'inin (n = 92) ilçe merkezlerinde ve %8,6'sının (n = 28) köylerde yaşadıkları saptanmıştır (Bkz. Tablo 5). Ayrıca olguların %8,5'inin (n = 29) sosyal hizmetlere ait yurtlarda/kurumlarda kaldıkları tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 5).

Tablo 5. Örneklemdaki olguların yaşadığı yerleşim yerlerinin ve olgunun yurtta/kurumda kalıp kalmama durumunun örneklem içindeki dağılımı

	Frekans	Yüzde (%)
Olgunun yaşadığı yer¹		
Büyükşehir	90	27,5
Büyükşehir, SED düşük semt	95	29,1
İl merkezi	22	6,7
İlçe merkezi	92	28,1
Köy	28	8,6
Olgunun yurtta/kurumda kalma durumu²		
Hayır	311	91,5
Evet	29	8,5
¹ n = 327; ² n = 340 Kısaltmalar: SED: Sosyoekonomik düzey		

6.1.7. Ailesel Olumsuz Psikososyal Özellikler

Olguların %23,9'unda (n = 80) aile içi şiddet olduğu, %11,6'sında (n = 39) ailede alkol/madde kullanım bozukluğunun olduğu, %16,6'sında (n = 56) ailede suça bulaşma öyküsünün varlığı, %6,2'sinde (n = 21) ailede öz kıyım girişimi öyküsünün varlığı ve %14,4'ünde ise (n = 49) kaotik aile ortamının olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 6).

Tablo 6. Ailesel olumsuz psikososyal özelliklerin örneklem içindeki oranları

	Frekans	Yüzde (%)
Aile içi şiddet varlığı¹		
Yok	255	76,1
Var	80	23,9
Ailede alkol/madde kullanım bozukluğu varlığı¹		
Yok	296	88,4
Var	39	11,6
Ailede suça bulaşma öyküsü varlığı²		
Yok	281	83,4
Var	56	16,6
Ailede öz kıyım girişimi öyküsü varlığı²		
Yok	316	93,8
Var	21	6,2
Kaotik aile ortamı varlığı³		
Yok	291	85,6
Var	49	14,4
¹ n = 335; ² n = 337; ³ n = 340		

6.1.8. Gelişimsel Özellikler, Olaydan Önce Psikiyatrik Tablo ve Zekâ Düzeyi

Örneklemin gelişimsel özellikleri, olguların olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ve zekâ düzeylerine ilişkin veriler Tablo 7, 8 ve 9'da sunulmuştur. Nöromotor gelişiminde gecikmesi olan olguların oranı %13,9 (n = 42), konuşmasında gecikmesi olan olguların oranı %12 (n = 36) olarak saptanmıştır.

Tablo 7. Erken çocukluk döneminde nöromotor gelişimde ve konuşmada gecikmesi olan olguların örneklemdaki oranları

	Frekans	Yüzde (%)
Nöromotor gelişimde gecikme¹		
Yok	261	86,1
Var	42	13,9
Konuşmada gecikme²		
Yok	265	88,0
Var	36	12,0
¹ n = 303; ² n = 301		

Uğradıkları cinsel istismar olayından önce örneklemden yer alan olguların sahip oldukları psikopatolojiler değerlendirildiğinde olguların %64,7'sinin (n = 220) herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmadığı, %35,3'ünün (n = 120) ise psikiyatrik bozukluğunun olduğu saptanmıştır. Olaydan önce olgularda en sık tespit edilen psikiyatrik sorunlar %15,5 (n = 53) ile ZY, %13,5 (n = 46) ile DEHB ve %11,7 (n = 40) ile öfke problemleridir.

Tablo 8. Cinsel İstismar olayından önce olgulardaki psikiyatrik hastalık varlığının oranı ve bu psikiyatrik hastalıkların örneklem içindeki dağılımı (n = 340)

	Frekans	Yüzde (%)
Cinsel istismar olayından önce psikiyatrik hastalık varlığı		
Yok	220	64,7
Var	120	35,3
<i>Zihinsel Yetersizlik</i>	53	15,5
<i>Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu</i>	46	13,5
<i>Öfke problemleri</i>	40	11,7
<i>Major Depresif Bozukluk</i>	14	4,1
<i>Bipolar Bozukluk</i>	10	2,9
<i>Enürezis Nokturna</i>	9	2,6

<i>Anksiyete Bozukluğu</i>	8	2,4
<i>Madde Kullanım Bozukluğu</i>	5	1,5
<i>Psikotik Bozukluk</i>	3	0,9
<i>Otizm Spektrum Bozukluğu</i>	1	0,3

Örneklemdaki olguların WÇZÖ-R Total IQ puanı medyan = 80,00 [33,00] olarak saptanmıştır. Klinik olarak ön görülen zekâ kapasiteleri değerlendirildiğinde olguların %56,8'inin (n = 193) normal zekâ kapasitesine, %2,6'sının (n = 9) parlak veya üstün zekâ kapasitesine, %40,7'sinin (n = 138) ise normalin altında zekâ kapasitelerine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Örneklemdaki olguların WÇZÖ-R puan ortalamaları ve klinik olarak tespit edilen zekâ düzeylerinin örneklem içindeki dağılımı

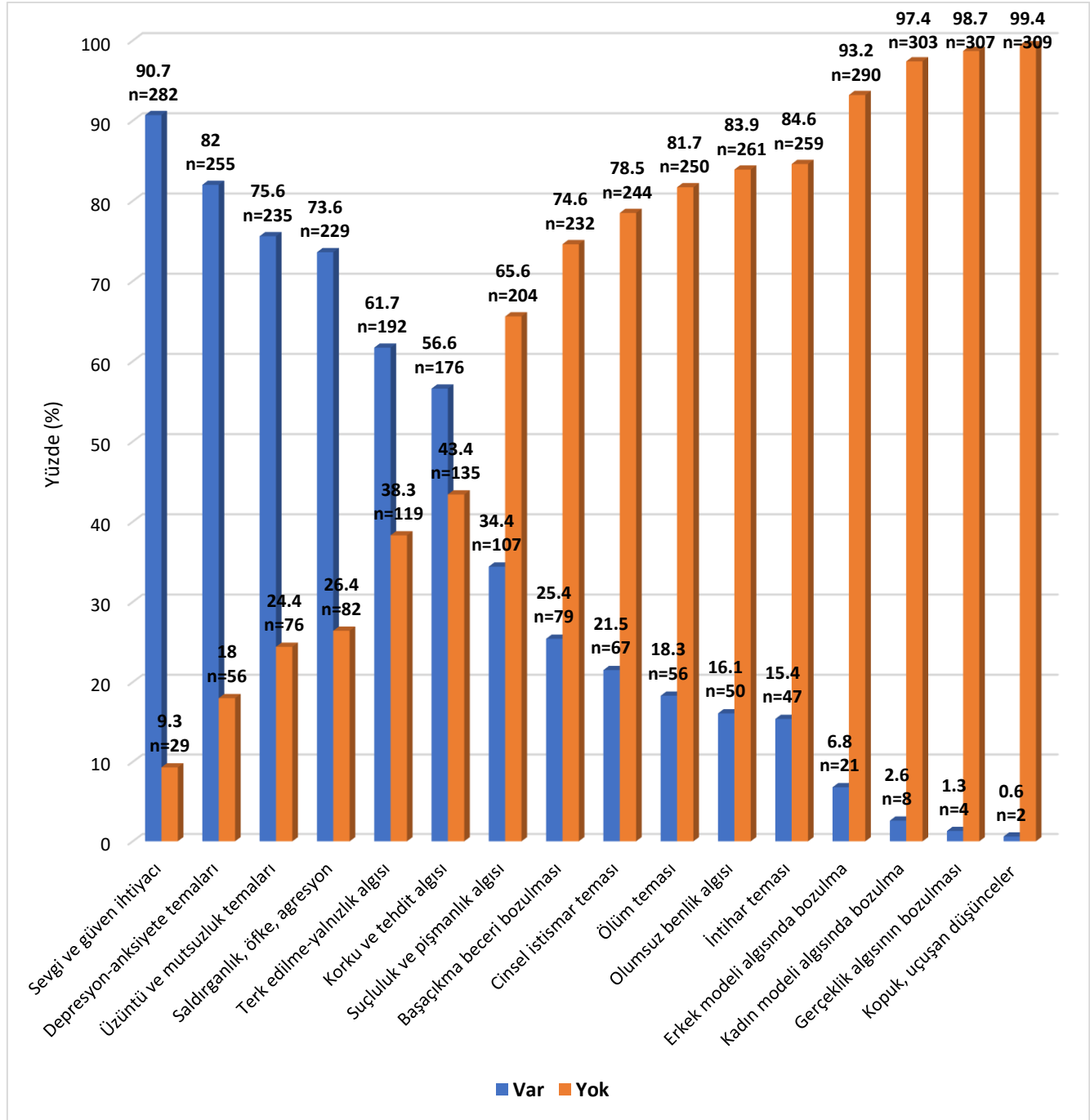
	Medyan	Çeyrekler arası genişlik (IQR)
WÇZÖ-R Sözel IQ ¹	80,00	33,00
WÇZÖ-R Total IQ ¹	80,00	33,00
	Ortalama	Standart Sapma (SS)
WÇZÖ-R Performans IQ ²	83,46	21,76
	Frekans	Yüzde (%)
<i>Klinik olarak zekâ kapasitesi³</i>		
Parlak / üstün zekâ	9	2,6
Normal zekâ	193	56,8
Künt / donuk normal zekâ	51	15,0
Sınır zekâ	40	11,8
Hafif düzey zihinsel yetersizlik	42	12,4
Orta düzey zihinsel yetersizlik	5	1,5
¹ n = 337; ² n = 338; ³ n = 340 Kısaltmalar: WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zekâ Bölümü: ZB)		

6.1.9. Örneklemin TAT Profilleri

Olgulara uygulanan TAT testine göre en sık rastlanan 4 TAT profili şunlardır: sevgi ve güven ihtiyacı (%90,7; n = 282), depresyon-anksiyete temaları (%82; n = 255), üzüntü ve mutsuzluk temaları (%75,6; n = 235) ve saldırganlık, öfke, agresyon (%73,6; n = 229). Olgularda en az saptanan 4 TAT profili ise şu şekilde sıralanmıştır: kopuk, uçuşan düşünceler (%0,6; n = 2), gerçeklik algısının bozulması (%1,3; n = 4), kadın modeli algısında bozulma (%2,6; n = 8) ve

erkek modeli algısında bozulma (%6,8; n = 21). Örneklemdeki olguların TAT profillerinin yaygınlığı Şekil 4'te sunulmuştur.

Şekil 4. Örneklemdeki olguların Tematik Algı Testi (TAT) profillerinin değerlendirilmesi (n = 311)



6.1.10. Cinsel İstismar Sonrası Yapılan Değerlendirmede Örneklemdeki Psikiyatrik Sonuçlar

Cinsel istismar sonrası yapılan değerlendirmede örneklemdeki psikiyatrik tabloya ilişkin veriler Tablo 10 ve 11’de sunulmuştur. Adli poliklinik işleyişinde yapılan incelemeler sonucunda olguların %56,5’inde (n = 192) en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu, olguların %43,8’inin (n = 149) psikiyatrik ilaç tedavisi aldığı saptanmıştır. Mahkemeler tarafından ruh sağlığında kalıcı bir bozulma olup olmadığı sorulan olguların %28,8’inde (n = 57) ruh sağlığında kalıcı bir bozulma olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yaşadıkları cinsel istismar olayından önce herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan olguların %40,9’unun (n = 90) cinsel istismar olayından sonra en az bir psikiyatrik bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Örneklemdeki olgularda psikiyatrik bozukluk varlığının, psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumunun, ruh sağlığında bozulma varlığının ve psikiyatrik bozukluğa sahip olmayanlar arasında istismar olayı sonrası psikiyatrik bozukluk gelişme durumunun değerlendirilmesi

	Frekans	Yüzde (%)
Olgularda psikiyatrik bozukluk varlığı ¹		
Yok	148	43,5
Var	192	56,5
Olgularda saptanan psikiyatrik tanı sayısı ¹		
Tanı yok	148	43,5
1 tanı	72	21,2
2 tanı	81	23,8
3 tanı	33	9,7
4 tanı	4	1,2
5 tanı	2	0,6
Psikiyatrik ilaç tedavisi alma durumu ¹		
Almıyor	191	56,2
Alıyor	149	43,8
Ruh sağlığında bozulma olması durumu ²		
Hayır	141	71,2
Evet	57	28,8
Psikiyatrik bozukluğa sahip olmayanlar arasında istismar olayı sonrası psikiyatrik bozukluk gelişme durumu ³		
Hayır	130	59,1
Evet	90	40,9
¹ n = 340; ² n = 198; ³ n = 220		

Tablo 11. Örneklemdaki olgularda saptanan psikiyatrik bozukluklar (n = 340)

Psikiyatrik hastalık	Hastalığın düzeyi	Frekans	Yüzde (%)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Yok	199	58,5
	Eşik altı	47	13,8
	Var	94	27,6
Major Depresif Bozukluk	Yok	195	57,4
	Eşik altı	53	15,6
	Var	92	27,1
Zihinsel Yetersizlik	Yok	264	77,6
	Sınır Zekâ Potansiyeli	31	9,1
	Var	45	13,2
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	Yok	286	84,1
	Eşik altı	11	3,2
	Var	43	12,6
Duygudurum Bozukluğu	Yok	319	93,8
	Eşik altı	2	0,6
	Var	19	5,6
Anksiyete Bozukluğu	Yok	240	70,6
	Eşik altı	84	24,7
	Var	16	4,7
Madde Kullanım Bozukluğu	Yok	319	93,8
	Eşik altı	5	1,5
	Var	16	4,7
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	Yok	320	94,1
	Eşik altı	6	1,8
	Var	14	4,1
Dışa Atım Bozukluğu	Yok	329	96,8
	Eşik altı	2	0,6
	Var	9	2,6
Uyum Bozukluğu	Yok	336	98,8
	Eşik altı	3	0,9
	Var	1	0,3
Konversiyon Bozukluğu	Yok	338	99,4
	Eşik altı	1	0,3
	Var	1	0,3
Konuşma Bozukluğu	Yok	338	99,4
	Eşik altı	1	0,3
	Var	1	0,3
Psikotik Bozukluk	Yok	339	99,7
	Eşik altı	0	0
	Var	1	0,3
Otizm Spektrum Bozukluğu	Yok	339	99,7
	Eşik altı	0	0
	Var	1	0,3

Tablo 11’de görüldüğü üzere örneklemede en sık saptanan psikiyatrik bozukluklar TSSB (%27,6; n = 94) ve MDB’dir (%27,1; n = 94). Bu tanıları sırasıyla ZY (%13,2; n = 45), DEHB (%12,6; n = 43), sınır zekâ potansiyeli (%9,1; n = 31), duygudurum bozukluğu (%5,6; n = 19), AB (%4,7; n = 16), MKB (%4,7; n = 16), yıkıcı davranış bozuklukları (YDB) (%4,1; n = 14), dışa atım bozukluğu (%2,6; n = 9), uyum bozukluğu (%0,3; n = 1), konversiyon bozukluğu (%0,3; n = 1), konuşma bozukluğu (%0,3; n = 1), psikotik bozukluk (%0,3; n = 1) ve otizm spektrum bozukluğu (OSB) (%0,3; n = 1) izlemektedir.

6.2. Birinci Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları

6.2.1. Ölçek Puanları, İstismar Şiddeti ve Yaşın Kız ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

Örneklemedeki kızların ve erkeklerin yaş, olay esnasındaki yaş, olay ile başvuru arasında geçen süre, cinsel istismar şiddeti, DEHB, anksiyete ve depresyon puanları açısından karşılaştırılması Tablo 12’de sunulmuştur. Kızların yaş ortalaması ve olay esnasındaki yaş ortalaması erkeklerinkine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $Z = -3,281$, $p = 0,001$; $Z = -2,921$, $p = 0,003$). CİŞS parametrelerine bakıldığında erkeklerin CİŞS – Y ve CİŞS – Z puanı kızlarinkinden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (sırasıyla; $Z = -2,038$, $p = 0,042$; $Z = -2,880$, $p = 0,030$). Kızların ise CİŞS – S puanı erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($Z = -2,777$, $p = 0,005$). Olguların doldurduğu KAY-BÖ puanlarına bakıldığında kızların KAY-BÖ – PB, KAY-BÖ – YAB, KAY-BÖ – OK ve KAY-BÖ toplam puanları erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (sırasıyla; $Z = -2,381$, $p = 0,017$; $Z = -2,406$, $p = 0,016$; $Z = -1,984$, $p = 0,047$; $t = 2,314$, $p = 0,022$). Ebeveynlerin doldurduğu KAY-BÖ puanlarına bakıldığında da kızların KAY-BÖ – YAB, KAY-BÖ – SAB ve KAY-BÖ toplam puanları erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (sırasıyla; $Z = -1,940$, $p = 0,049$; $Z = -2,245$, $p = 0,025$; $t = 2,085$, $p = 0,039$). Kızların BDÖ puanları erkeklerinkinden anlamlı olarak daha yüksek çıksa da ($Z = -3,025$, $p = 0,002$) ÇDÖ puanları açısından kızlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,837$).

6.2.2. TAT Profillerinin Kız ve Erkekler Arasında Karşılaştırılması

TAT profilleri kızlar ve erkekler arasında karşılaştırıldığında (Bkz. Şekil 5) saldırganlık, öfke, agresyon temasının erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak daha fazla görüldüğü ($\chi^2 = 5,942$, $p = 0,016$), terk edilme-yalnızlık algısı ve cinsel istismar temasının ise kızlarda erkeklere oranla anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır (sırasıyla; $\chi^2 = 7,469$, $p = 0,008$; $\chi^2 = 4,702$, $p = 0,046$). Diğer temalar ise cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 12. Örneklemdeki kızların ve erkeklerin yaş, olay esnasındaki yaş, olay ile başvuru arasında geçen süre, cinsel istismar şiddeti, DEHB, anksiyete ve depresyon puanları açısından karşılaştırılması

	Kız (n = 288)	Erkek (n = 52)	Test istatistikleri	p değeri
Yaş (ay)	182,50 [53,25]	155,00 [55,75]	Z = -3,281	0,001^a
Olay esnasındaki yaş (ay)	165,50 [61,00]	136,00 [61,00]	Z = -2,921	0,003^a
CİŞS – Y puanı	3,00 [2,00]	3,00 [2,50]	Z = -2,038	0,042^a
CİŞS – Z puanı	0,00 [4,00]	2,00 [4,00]	Z = -2,880	0,030^a
CİŞS – Ş puanı	2,00 [2,00]	2,00 [2,00]	Z = -0,192	0,848 ^a
CİŞS – S puanı	1,50 [4,00]	0,00 [2,00]	Z = -2,777	0,005^a
CİŞS – T puanı	9,00 [6,00]	10,00 [6,75]	Z = -0,127	0,899 ^a
KAY-BÖ – PB puanı (çocuk)	9,00 [11,00]	4,50 [8,75]	Z = -2,381	0,017^a
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	7,00 [8,00]	5,50 [7,50]	Z = -2,406	0,016^a
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	6,00 [7,00]	5,00 [5,50]	Z = -0,915	0,360 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	8,00 [7,00]	5,50 [4,00]	Z = -1,916	0,055 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	2,00 [3,75]	1,00 [2,00]	Z = -1,984	0,047^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	34,83 ± 18,40	25,54 ± 16,57	t = 2,314	0,022^b
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	7,00 [8,75]	4,00 [7,00]	Z = -1,601	0,109 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	6,50 [9,00]	4,00 [6,00]	Z = -1,970	0,049^a
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	6,00 [7,00]	5,00 [4,00]	Z = -1,575	0,115 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	8,00 [7,00]	5,00 [4,00]	Z = -2,245	0,025^a
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	2,00 [3,75]	1,00 [3,00]	Z = -1,135	0,256 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	30,42 ± 19,29	19,46 ± 6,24	t = 2,085	0,039^b
BDÖ puanı	18,00 [22,00]	5,50 [20,25]	Z = -3,025	0,002^a
ÇDÖ puanı	9,50 [11,50]	9,00 [10,50]	Z = -0,206	0,837 ^a

Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan [çeyrekler arası genişlik (IQR)] şeklinde sunulmuştur.
^a Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. ^b Bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır.
 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).
 Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

6.2.3. İstismara ve Aile Yapısına İlişkin Özelliklerin Cinsiyetler Arasında Karşılaştırılması

Örneklem içindeki kızların ve erkeklerin uğradıkları istismara ilişkin ve aile yapısına ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı düzeyde olsun ya da olmasın örgün eğitime devam etmeme, ebeveynlerin boşanması, yurttan/kurumdan kalma, nitelikli istismar, zincirleme istismar, 2 ya da daha fazla fail tarafından istismar, aile için şiddet, ailede alkol/madde kullanımı, ailede suça bulaşma öyküsü, ailede öz kıyım girişimi öyküsü ve kaotik aile ortamı kızlarda erkeklere göre daha fazla saptanmıştır. Ancak örgün

eğitime devam etmeme, ebeveynlerin boşanması, aile için şiddet, ailede suça bulaşma öyküsü ve kaotik aile ortamı kızlarda erkeklere göre daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla; $\chi^2 = 13,362$, $p < 0,001$; $\chi^2 = 5,227$, $p = 0,024$; $\chi^2 = 10,721$, $p = 0,001$; $\chi^2 = 9,317$, $p = 0,004$; $\chi^2 = 7,762$, $p = 0,009$). Ayrıca aile içinden bireyler ve akrabalar tarafından istismar kızlarda erkeklere oranla anlamlı olarak daha fazla görülmektedir ($\chi^2 = 18,287$, $p = 0,001$).

Tablo 13. Örneklem içindeki kızların ve erkeklerin uğradıkları istismara ilişkin ve aile yapısına ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması

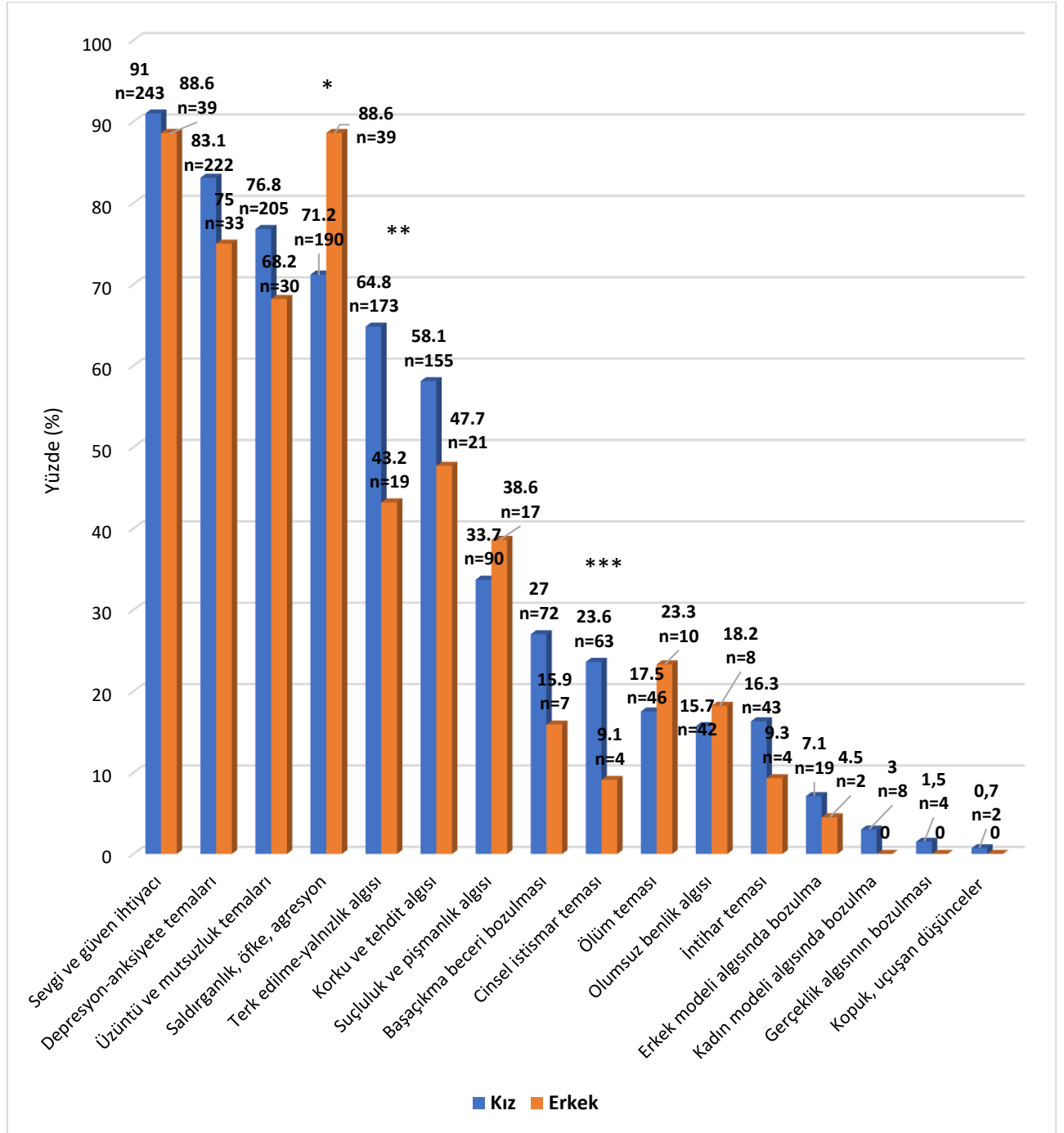
		Kız N (%)	Erkek N (%)	χ^2	df	p
Örgün eğitime devam etme ¹	Evet	194 (67,4)	48 (92,3)	13,362	1	<0,001 ^a
	Hayır	94 (32,6)	4 (7,7)			
Ebeveynlerin boşanması ²	Yok	183 (64)	41 (80,4)	5,227	1	0,024 ^b
	Var	103 (36)	10 (19,6)			
Yurtta/kurumda kalma durumu ¹	Hayır	261 (90,6)	50 (96,2)			0,280 ^a
	Evet	27 (9,4)	2 (3,8)			
İstismar tipi ¹	Basit	161 (55,9)	31 (59,6)	0,247	1	0,651 ^b
	Nitelikli	127 (44,1)	21 (40,4)			
Zincirleme istismar ¹	Yok	171 (59,4)	37 (71,2)	2,573	1	0,123 ^b
	Var	117 (40,6)	15 (28,8)			
İstismarcı kişi ¹	Aile içinden kişi	37 (12,8)	0 (0)	18,287	4	0,001 ^b
	Akraba	49 (17,0)	4 (7,7)			
	Arkadaş	92 (31,9)	16 (30,8)			
	Tanıdığı kişi	72 (25,0)	16 (30,8)			
	Tanımadığı kişi	38 (13,2)	16 (30,8)			
Fail sayısı ¹	1 kişi	234 (81,3)	43 (82,7)	0,061	1	0,850 ^b
	2 veya daha fazla kişi	54 (18,7)	9 (17,3)			
Aile içi şiddet ³	Yok	207 (72,9)	48 (94,1)	10,721	1	0,001 ^b
	Var	77 (27,1)	3 (5,9)			
Ailede alkol/ madde kullanımı ³	Yok	247 (87,0)	49 (96,1)	3,486	1	0,093 ^b
	Var	37 (13,0)	2 (3,9)			
Ailede suça bulaşma öyküsü ²	Yok	231 (80,8)	50 (98,0)	9,317	1	0,004 ^b
	Var	55 (19,2)	1 (2,0)			
Ailede öz kıyım öyküsü ²	Yok	266 (93,0)	50 (98,0)			0,222 ^a
	Var	20 (7,0)	1 (2,0)			
Kaotik aile ortamı ¹	Yok	240 (83,3)	51 (98,1)	7,762	1	0,009 ^b
	Var	48 (16,7)	1 (1,9)			

¹ n = 340; ² n = 337; ³ n = 335

^a Fisher'in Exact testi uygulanmıştır. ^b Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Şekil 5. Örneklemdeki kız ve erkek olguların TAT profilleri açısından karşılaştırılması



Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

(*) $\chi^2 = 5,942$; $df = 1$; $p = 0,016$

(**) $\chi^2 = 7,469$; $df = 1$; $p = 0,008$

(***) $\chi^2 = 4,702$; $df = 1$; $p = 0,046$

6.2.4. Cinsiyetler Arasında Psikiyatrik Sonuçların Karşılaştırılması

İstismar olayı öncesinde psikiyatrik bozukluğu olmayan olgularda yapılan değerlendirmede kızların istismar sonrasında erkeklere kıyasla daha fazla oranda psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 4,439$, $p = 0,045$; bkz. Tablo 14). Ancak tüm örnekleme bakıldığında olgularda psikiyatrik bozukluk varlığı ve ruh sağlığında bozulma durumu açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz. Tablo 14).

Tablo 14. Psikiyatrik bozukluk varlığının, ruh sağlığında bozulma varlığının ve psikiyatrik bozukluğa sahip olmayanlar arasında istismar olayı sonrası psikiyatrik bozukluk gelişme durumunun kız ve erkek olgular arasında karşılaştırması

	Kız	Erkek	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Olgularda psikiyatrik bozukluk varlığı ¹					
Yok	124 (43,1)	24 (46,2)	0,172	1	0,762
Var	164 (56,9)	28 (53,8)			
Ruh sağlığında bozulma olması durumu ²					
Hayır	118 (69,4)	23 (82,1)	1,901	1	0,186
Evet	52 (30,6)	5 (17,9)			
Psikiyatrik bozukluğa sahip olmayanlar arasında istismar olayı sonrası psikiyatrik bozukluk gelişme durumu ³					
Hayır	107 (56,3)	23 (76,7)	4,439	1	0,045
Evet	83 (43,7)	7 (23,3)			
¹ n = 340; ² n = 198; ³ n = 220					
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.					
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

Tablo 15'te örneklemdaki kız ve erkek olgularda saptanan psikiyatrik bozuklukların dağılımının karşılaştırılması yer almaktadır. MDB'nin kızlarda erkeklere oranla anlamlı olarak daha fazla oranda bulunduğu ($\chi^2 = 7,019$, $p = 0,029$), buna karşılık ZY, YDB ve dışa atım bozukluğunun erkeklerde kızlara oranla anlamlı olarak daha fazla oranda bulunduğu (sırasıyla; $\chi^2 = 7,735$, $p = 0,020$; $\chi^2 = 7,308$, $p = 0,014$; $\chi^2 = 7,789$, $p = 0,020$) saptanmıştır. Diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı (TSSB dahil) ise cinsiyetler arasında anlamlı ölçüde farklılaşmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$).

Tablo 15. Örneklemdeki kız ve erkek olgularda saptanan psikiyatrik bozuklukların dağılımının karşılaştırılması (n = 340)

Psikiyatrik hastalık	Hastalığın düzeyi	Kız (n=288)	Erkek (n=52)	χ^2	df	p
		N (%)	N (%)			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Yok	165 (57,3)	34 (65,4)	1,435	2	0,512 ^a
	Eşik altı	40 (13,9)	7 (13,5)			
	Var	83 (28,8)	11 (21,2)			
Major Depresif Bozukluk	Yok	157 (54,5)	38 (73,1)	7,019	2	0,029^a
	Eşik altı	46 (16,0)	7 (13,5)			
	Var	85 (29,5)	7 (13,5)			
Zihinsel Yetersizlik	Yok	228 (79,2)	36 (69,2)	7,735	2	0,020^a
	Sınır Zeka Potansiyeli	28 (9,7)	3 (5,8)			
	Var	32 (11,1)	13 (25,0)			
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	Yok	247 (85,8)	39 (75,0)	4,190	2	0,120 ^a
	Eşik altı	9 (3,1)	2 (3,8)			
	Var	32 (11,1)	11 (21,2)			
Duygudurum Bozukluğu	Yok	268 (93,1)	51 (98,1)	5,936		0,058 ^b
	Eşik altı	1 (0,3)	1 (1,9)			
	Var	19 (6,6)	0 (0)			
Anksiyete Bozukluğu	Yok	197 (68,4)	43 (82,7)	4,512	2	0,102 ^a
	Eşik altı	77 (26,7)	7 (13,5)			
	Var	14 (4,9)	2 (3,8)			
Madde Kullanım Bozukluğu	Yok	267 (92,7)	52 (100)	3,298		0,187 ^b
	Eşik altı	5 (1,7)	0 (0)			
	Var	16 (5,6)	0 (0)			
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	Yok	274 (95,1)	46 (88,5)	7,308		0,014^b
	Eşik altı	6 (2,1)	0 (0)			
	Var	8 (2,8)	6 (11,5)			
Dışa Atım Bozukluğu	Yok	281 (97,6)	48 (92,3)	7,789		0,020^b
	Eşik altı	0 (0)	2 (3,8)			
	Var	7 (2,4)	2 (3,8)			
Uyum Bozukluğu	Yok	284 (98,6)	52 (100)	0,659		1,000 ^b
	Eşik altı	3 (1,0)	0 (0)			
	Var	1 (0,3)	0 (0)			
Konversiyon Bozukluğu	Yok	286 (99,3)	52 (100)	1,083		1,000 ^b
	Eşik altı	1 (0,3)	0 (0)			
	Var	1 (0,3)	0 (0)			
Konuşma Bozukluğu	Yok	286 (99,3)	52 (100)	1,083		1,000 ^b
	Eşik altı	1 (0,3)	0 (0)			
	Var	1 (0,3)	0 (0)			
Psikotik Bozukluk	Yok	287 (99,7)	52 (100)			1,000 ^b
	Var	1 (0,3)	0 (0)			
Otizm Spektrum Bozukluğu	Yok	288 (100)	51 (98,1)			0,153 ^b
	Var	0 (0)	1 (1,9)			

^a Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ^b Fisher'in Exact testi uygulanmıştır.
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

6.3. İkinci Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları

6.3.1. Yaş ile Cinsel İstismar Şiddeti ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 16’da da görülebileceği üzere olguların yaşı ile CiŞS – Y puanı arasında negatif yönde yüksek korelasyon saptanmıştır ($r = -0,766$, $p < 0,001$). Yaş ile CiŞS – Z ($r = 0,239$, $p < 0,001$), CiŞS – Ş ($r = 0,288$, $p < 0,001$), KAY-BÖ – PB (çocuk) ($r = 0,180$, $p = 0,021$), KAY-BÖ – YAB (ebeveyn) ($r = 0,282$, $p = 0,003$), ÇDÖ puanları ($r = 0,278$, $p = 0,005$) ve psikiyatrik tanı sayısı ($r = 0,148$, $p = 0,006$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Ancak istismar şiddetine yönelik CiŞS – S ve CiŞS – T puanları ile BDÖ puanları ve KAY-BÖ’nün diğer çocuk ve ebeveynce doldurulan alt ölçekleri ile yaş arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$).

6.3.2. Yaşın istismar özellikleri, psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilişkili olabilecek bazı sonuçlarla ilişkisi

Nitelikli cinsel istismara uğramış olguların yaş ortalaması basit cinsel istismara uğrayanlarından ($Z = -5,478$, $p < 0,001$), 2 ya da daha fazla fail tarafından istismara uğrayan olguların yaş ortalaması tek fail tarafından istismara uğrayan olgularından ($Z = -3,834$, $p < 0,001$), psikiyatrik tanıya sahip olan olguların yaş ortalaması psikiyatrik tanısı olmayan olgularından ($Z = -2,617$, $p = 0,009$), örgün eğitime devam etmeyen olguların yaş ortalaması devam eden olgularından ($Z = -8,699$, $p < 0,001$), MDB tanısı olan olguların yaş ortalaması MDB tanısı olmayanlarından ($\chi^2 = 21,596$, $p < 0,001$), ilaç tedavisi alan olguların yaş ortalaması ilaç tedavisi almayanlarından ($Z = -4,446$, $p < 0,001$), ruh sağlığında bozulma saptanan olguların yaş ortalaması bozulma saptanmayanlarından ($Z = -3,071$, $p = 0,002$) ve olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlar içinde olaydan sonra psikiyatrik tanı alanların yaş ortalaması psikiyatrik tanı almayanlarından ($Z = -2,379$, $p = 0,017$) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ancak zincirleme cinsel istismara uğrayan ve uğramayanlar arasında yaş bakımından istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,419$). Yaşın istismar özellikleri, psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilişkili olabilecek bazı sonuçlarla ilişkisi Tablo 17’de detaylı olarak sunulmuştur.

Tablo 16. Yaş değişkeni ile cinsel istismar şiddeti, depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayıları arasındaki korelasyon

Yaş (ay cinsinden)	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y puanı	-0,766	<0,001
CİŞS – Z puanı	0,239	<0,001
CİŞS – Ş puanı	0,288	<0,001
CİŞS – S puanı	0,087	0,110
CİŞS – T puanı	-0,069	0,205
KAY-BÖ – PB puanı (çocuk)	0,180	0,021
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	0,133	0,091
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	-0,106	0,177
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	-0,045	0,565
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	0,014	0,863
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	0,068	0,387
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	0,172	0,071
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	0,282	0,003
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	-0,008	0,931
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	0,087	0,364
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	0,072	0,453
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	0,155	0,105
BDÖ puanı	0,083	0,253
ÇDÖ puanı	0,278	0,005
Psikiyatrik tanı sayısı	0,148	0,006
(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği		

Tablo 17. Yaş değişkeninin istismar özellikleri, psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilişkili olabilecek bazı sonuçlarla ilişkisi

Değişken		Yaş (ay)		Test istatistikleri	p
		Medyan	IQR		
İstismar tipi ¹	Basit	168,00	63,25	Z = -5,478	<0,001 ^a
	Nitelikli	190,00	38,25		
Zincirleme istismar ¹	Yok	179,50	56,00	Z = -0,808	0,419 ^a
	Var	181,50	55,50		
Fail sayısı ¹	1 kişi	174,00	57,00	Z = -3,834	<0,001 ^a
	2 veya daha fazla kişi	193,00	34,00		
Örgün eğitime devam etme durumu ¹	Evet	164,00	63,75	Z = -8,699	<0,001 ^a
	Hayır	196,00	26,00		
Psikiyatrik tanı ¹	Yok	172,50	64,75	Z = -2,617	0,009 ^a
	Var	183,00	47,00		
Major Depresif Bozukluk ¹	Yok	171,00	70,00	$\chi^2 = 21,596$ df = 2	<0,001 ^b
	Eşik altı	184,00	49,00		
	Var	191,00	34,00		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu ¹	Yok	181,00	60,00	$\chi^2 = 0,740$ df = 2	0,691 ^b
	Eşik altı	173,00	61,00		
	Var	182,00	47,00		
Anksiyete Bozukluğu ¹	Yok	181,00	49,75	$\chi^2 = 1,612$ df = 2	0,447 ^b
	Eşik altı	175,00	66,25		
	Var	178,00	44,00		
İlaç tedavisi alma ¹	Hayır	169,00	72,00	Z = -4,446	<0,001 ^a
	Evet	186,00	40,50		
Ruh sağlığında bozulma ²	Hayır	169,00	62,50	Z = -3,071	0,002 ^a
	Evet	187,00	39,50		
Psikiyatrik tanı olmayanlardan olay sonrası tanı alma ³	Yok	162,50	70,50	Z = -2,379	0,017 ^a
	Var	178,00	51,50		

¹ n = 340; ² n = 198; ³ n = 220; ^a Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. ^b Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

6.3.3. TAT Profillerinin Yaş Değişkeni ile İlişkisi

Tablo 18’de de görüldüğü üzere “suçluluk ve pişmanlık algısı”, “depresyon-anksiyete temaları”, “olumsuz benlik algısı”, “üzüntü ve mutsuzluk temaları”, “başa çıkma becerilerinde bozulma”, “cinsel istismar teması”, “intihar teması” ve “ölüm teması” saptanan olguların yaş ortalamaları sırasıyla bu profillerin saptanmadığı olguların yaş ortalamalarından anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (tüm p değerleri < 0,04).

Tablo 18. Yaş değişkeninin TAT temaları ile ilişkisi (n = 311)

TAT temaları		Yaş (ay)		Test istatistikleri	p*
		Medyan	IQR		
Kadın modeli algısında bozulma	Yok	182,00	58,00	Z = -0,139	0,889
	Var	173,00	60,25		
Erkek modeli algısında bozulma	Yok	181,00	59,00	Z = -1,174	0,241
	Var	188,00	59,50		
Korku ve tehdit algısı	Yok	185,50	49,00	Z = -1,433	0,152
	Var	174,50	58,75		
Suçluluk ve pişmanlık algısı	Yok	173,50	67,25	Z = -4,427	<0,001
	Var	188,50	38,50		
Terk edilme-yalnızlık algısı	Yok	182,00	69,00	Z = -0,688	0,492
	Var	181,00	55,00		
Depresyon-anksiyete temaları	Yok	146,00	70,00	Z = -3,771	<0,001
	Var	183,00	46,00		
Olumsuz benlik algısı	Yok	179,50	60,00	Z = -2,065	0,039
	Var	189,00	37,75		
Sevgi ve güven ihtiyacı	Yok	168,00	44,00	Z = -1,467	0,142
	Var	182,00	58,25		
Üzüntü ve mutsuzluk temaları	Yok	140,50	82,00	Z = -5,991	<0,001
	Var	185,50	41,25		
Başa çıkma becerilerinde bozulma	Yok	174,00	68,75	Z = -3,379	0,001
	Var	189,00	30,50		
Saldırganlık, öfke, agresyon	Yok	187,00	60,50	Z = -1,017	0,309
	Var	180,00	55,50		

Gerçeklik algısının bozulması	Yok	182,00	58,00	Z = -0,109	0,913
	Var	172,50	48,50		
Cinsel istismar teması	Yok	177,50	65,75	Z = -3,257	0,001
	Var	190,50	37,25		
İntihar teması	Yok	178,00	67,00	Z = -2,608	0,009
	Var	187,00	30,00		
Ölüm teması	Yok	179,00	61,25	Z = -2,558	0,011
	Var	190,00	43,75		
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.					
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

6.4. Üçüncü Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları

6.4.1. Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri

Anne ve baba eğitim düzeylerinin istismar şiddeti puanlarıyla aralarındaki ilişkilere Tablo 19’da bakılmıştır. Anne eğitim düzeyi hiçbir CİŞS puanıyla ilişkili çıkmazken (tüm p değerleri > 0,05), baba eğitim düzeyi CİŞS – S ve CİŞS – T puanlarıyla negatif yönde korelasyon göstermiştir (sırasıyla; r = -0,118, p = 0,047; r = -0,128, p = 0,032).

Tablo 19. Cinsel İstismar Şiddeti skorlarıyla anne ve baba eğitim düzeyleri arasındaki ilişki

	Anne eğitim düzeyi¹		Baba eğitim düzeyi²	
	Korelasyon katsayısı (r)	p*	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y	0,013	0,822	-0,068	0,259
CİŞS – Z	-0,045	0,448	-0,067	0,262
CİŞS – Ş	-0,015	0,797	-0,093	0,119
CİŞS – S	-0,077	0,190	-0,118	0,047
CİŞS – T	-0,052	0,376	-0,128	0,032
(*) Spearman korelasyon analizi. ¹ n = 288; ² n = 281 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru				

Ayrıca anne ve baba eğitim düzeyi ile istismar tipi ve zincirleme istismara uğrama durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde anne eğitim düzeyi istismar tipi ve zincirleme istismar olup olmamasıyla ilişkili çıkmamış olup (sırasıyla; $p = 0,564$; $p = 0,209$) baba eğitim düzeyindeki düşüklük zincirleme istismar varlığıyla ilişkili olarak saptanmıştır ($Z = -2,231$, $p = 0,026$; bkz. Tablo 20). Ancak baba eğitim düzeyi ile istismar tipi arasında ilişki bulunmamıştır ($p = 0,099$).

Tablo 20. Anne ve baba eğitim düzeyi ile istismar tipi ve zincirleme istismara uğrama durumu arasındaki ilişki

		Anne eğitim düzeyi ¹		Test istatistikleri	p*
		Medyan	IQR		
İstismar tipi	Basit	2,00	1,00	Z = -0,578	0,564
	Nitelikli	2,00	1,00		
Zincirleme istismar	Yok	2,00	1,00	Z = -1,257	0,209
	Var	2,00	1,00		
		Baba eğitim düzeyi ²		Test istatistikleri	p*
		Medyan	IQR		
İstismar tipi	Basit	2,00	1,00	Z = -1,650	0,099
	Nitelikli	2,00	1,00		
Zincirleme istismar	Yok	2,00	1,00	Z = -2,231	0,026
	Var	2,00	0,75		
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ¹ n = 288; ² n = 281 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

Bunun yanı sıra anne ve baba eğitim düzeyi ile mağdur olan olgulara istismar eylemini yapan fail sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında hem anne hem de baba eğitim düzeyi olgulara istismarda bulunan fail sayısı ile ilişkili olarak saptanmamıştır (sırasıyla; $p = 0,795$; $p = 0,674$; bkz. Tablo 21).

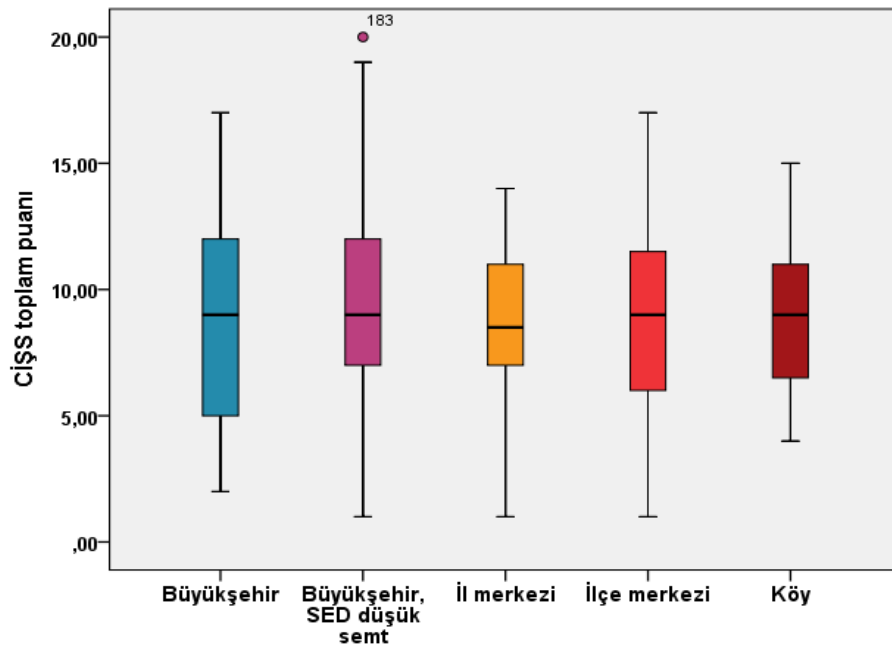
Tablo 21. Anne ve baba eğitim düzeyi ile mağdur olan olgulara istismar eylemini yapan fail sayısı arasındaki ilişki

	CİŞS – F				Test istatistikleri	p*
	1 kişi		2 veya daha fazla kişi			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
Anne eğitim düzeyi ¹	2,00	1,00	2,00	1,00	Z = -0,260	0,795
Baba eğitim düzeyi ²	2,00	1,00	2,00	2,00	Z =-0,420	0,674
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ¹ n = 288; ² n = 281 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı						

6.4.2. Olguların Yaşadığı Yer ile Cinsel İstismar Şiddeti Arasındaki İlişki

Örneklemdaki olguların yaşadığı yerleşim birimi ile CİŞS – T toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde CİŞS – T puanları açısından yerleşim yerleri karşılaştırılmasında herhangi bir anlamlı farklılaşma bulunmamıştır ($\chi^2 = 2,216$, p = 0,696; bkz. Şekil 6).

Şekil 6. Olguların yaşadığı yerleşim birimi ile Cinsel İstismar Şiddeti Puanları arasındaki ilişki



Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır: $\chi^2 = 2,216$; df = 4; p = 0,696

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; SED: Sosyoekonomik düzey

6.4.3. Ailesel Olumsuz Psikososyal Özellikler

Anne ve babanın boşanma durumu ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ebeveynleri boşanmış olan olguların CİŞS – Z ($Z = -2,310$, $p = 0,021$), CİŞS – Ş ($Z = -2,032$, $p = 0,042$), CİŞS – S ($Z = -3,280$, $p = 0,001$) ve CİŞS – T ($Z = -3,753$, $p < 0,001$) puanları ebeveynleri boşanmamış olanları puanlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 22).

Ailede şiddet ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ailesinde şiddetin olduğu olguların CİŞS – Z ($Z = -3,639$, $p < 0,001$), CİŞS – Ş ($Z = -2,823$, $p = 0,005$), CİŞS – S ($Z = -6,757$, $p < 0,001$) ve CİŞS – T ($Z = -6,200$, $p < 0,001$) puanları ailesinde şiddetin olmadığı olguların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 23).

Ailede alkol, madde kullanımı ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ailesinde alkol, madde kullanımının olduğu olguların yalnızca CİŞS – S puanları ailesinde şiddetin olmadığı olguların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($Z = -2,210$, $p = 0,035$, bkz. Tablo 24).

Tablo 22. Anne ve babanın boşanma durumu ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki ($n = 337$)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Anne ve babanın boşanma durumu				Test istatistikleri	p*
	Hayır		Evet			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	2,00	3,00	2,00	Z = -1,167	0,243
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -2,310	0,021
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -2,032	0,042
CİŞS – S	1,00	3,00	2,00	4,00	Z = -3,280	0,001
CİŞS – T	9,00	5,00	10,00	7,00	Z = -3,753	<0,001

(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru

Tablo 23. Ailede şiddet ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki (n = 335)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Ailede şiddet				Test istatistikleri	p*
	Hayır		Evet			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	2,00	3,00	2,75	Z = -1,746	0,081
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -3,639	<0,001
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -2,823	0,005
CİŞS – S	1,00	3,00	4,00	2,75	Z = -6,757	<0,001
CİŞS – T	8,00	5,00	12,00	6,00	Z = -6,200	<0,001
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Tablo 24. Ailede alkol, madde kullanımı ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki (n = 335)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Ailede alkol madde kullanımı				Test istatistikleri	p*
	Hayır		Evet			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	2,00	3,00	3,00	Z = -0,843	0,399
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -1,694	0,090
CİŞS – Ş	2,00	2,00	2,00	2,00	Z = -0,377	0,706
CİŞS – S	1,00	3,00	2,00	4,00	Z = -2,110	0,035
CİŞS – T	9,00	6,00	10,00	8,00	Z = -1,903	0,057
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Ailede suça bulaşma durumu ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ailesinde suça bulaşmanın olduğu olguların CiŞS – Y ($Z = -2,055$, $p = 0,040$), CiŞS – Z ($Z = -2,163$, $p = 0,031$), CiŞS – S ($Z = -4,772$, $p < 0,001$) ve CiŞS – T ($Z = -4,404$, $p < 0,001$) puanları ailesinde suça bulaşmanın olmadığı olguların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 25).

Kaotik aile ortamı ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde kaotik aile ortamındaki olguların CiŞS – Z ($Z = -3,334$, $p = 0,001$), CiŞS – Ş ($Z = -4,023$, $p < 0,001$), CiŞS – S ($Z = -5,662$, $p < 0,001$) ve CiŞS – T ($Z = -6,006$, $p < 0,001$) puanları kaotik aile ortamı olmayan olguların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 26).

Tablo 25. Ailede suça bulaşma durumu ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki ($n = 337$)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Ailede suça bulaşma durumu				Test istatistikleri	p*
	Hayır		Evet			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	2,00	3,00	3,00	Z = -2,055	0,040
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -2,163	0,031
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -1,211	0,226
CİŞS – S	1,00	3,00	4,00	3,00	Z = -4,772	<0,001
CİŞS – T	9,00	5,00	12,00	5,00	Z = -4,404	<0,001
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Nitelikli cinsel istismar yaşayan olguların ailelerinde basit cinsel istismar yaşayan olguların ailelerine göre anlamlı olarak daha fazla oranda aile içi şiddet ve kaotik aile ortamı olduğu bulunmuştur (sırasıyla; $\chi^2 = 10,241$, $p = 0,002$; $\chi^2 = 15,573$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 27).

Tablo 26. Kaotik aile ortamı ile cinsel istismar şiddeti skorları arasındaki ilişki (n = 340)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Kaotik aile ortamı				Test istatistikleri	p*
	Hayır		Evet			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	2,00	3,00	2,00	Z = -1,539	0,124
CİŞS – Z	0,00	4,00	4,00	4,00	Z = -3,334	0,001
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -4,023	<0,001
CİŞS – S	1,00	3,00	4,00	2,00	Z = -5,662	<0,001
CİŞS – T	9,00	5,00	14,00	5,50	Z = -6,006	<0,001
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Tablo 27. Ailenin sosyolojik yapısıyla ilgili bazı özelliklerin istismar tipi ile ilişkisi

İstismar tipi	Basit	Nitelikli	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Anne ve babanın boşanma durumu ¹					
Hayır	135 (70,3)	89 (61,4)	2,958	1	0,103
Evet	57 (29,2)	56 (38,6)			
Ailede şiddet ²					
Hayır	157 (82,6)	98 (67,6)	10,241	1	0,002
Evet	33 (17,4)	47 (32,4)			
Ailede alkol,madde kullanımı ²					
Hayır	170 (89,0)	126 (87,5)	0,181	1	0,732
Evet	21 (11,0)	18 (12,5)			
Ailede suça bulaşma durumu ¹					
Hayır	163 (84,9)	118 (81,4)	0,737	1	0,460
Evet	29 (15,1)	27 (18,6)			
Kaotik aile ortamı ³					
Hayır	177 (92,2)	114 (77,0)	15,573	1	<0,001
Evet	15 (7,8)	34 (28,0)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 337; ² n = 335; ³ n = 340 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

Zincirleme cinsel istismara maruz kalan olguların ailelerinde zincirleme istismar yaşamamış olan olguların ailelerine kıyasla anlamlı olarak daha fazla oranda ebeveyn boşanması ($\chi^2 = 15,800$, $p < 0,001$), aile içi şiddet ($\chi^2 = 27,537$, $p < 0,001$), alkol, madde kullanımı ($\chi^2 = 4,571$, $p = 0,036$), suça bulaşma durumu ($\chi^2 = 19,226$, $p < 0,001$) ve kaotik aile ortamı ($\chi^2 = 36,153$, $p < 0,001$) olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 28).

Tablo 28. Ailenin sosyolojik yapısıyla ilgili bazı özelliklerin zincirleme istismar ile ilişkisi

Zincirleme istismar	Yok	Var	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Anne ve babanın boşanma durumu ¹					
Hayır	155 (74,5)	69 (53,5)	15,800	1	<0,001
Evet	53 (25,5)	60 (46,5)			
Ailede şiddet ²					
Hayır	176 (85,9)	79 (60,8)	27,537	1	<0,001
Evet	29 (14,1)	51 (39,2)			
Ailede alkol,madde kullanımı ²					
Hayır	189 (91,3)	107 (83,6)	4,571	1	0,036
Evet	18 (8,7)	21 (16,4)			
Ailede suça bulaşma durumu ¹					
Hayır	188 (90,4)	93 (72,1)	19,226	1	<0,001
Evet	20 (9,6)	36 (28,8)			
Kaotik aile ortamı ³					
Hayır	197 (94,7)	94 (71,2)	36,153	1	<0,001
Evet	11 (5,3)	38 (28,8)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 337; ² n = 335; ³ n = 340 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

Fail sayısı (CİŞS – F) 2 ya da daha fazla olan olguların ailelerinin ise fail sayısı 1 kişi olan olguların ailelerine kıyasla anlamlı olarak daha fazla oranda ailede şiddet ve kaotik aile ortamının olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla; $\chi^2 = 12,001$, $p = 0,001$; $\chi^2 = 15,573$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 29).

Tablo 29. Ailenin sosyolojik yapısıyla ilgili bazı özelliklerin fail sayısı ile ilişkisi

CİŞS – F	1 kişi	2 ya da daha fazla kişi	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Anne ve babanın boşanma durumu ¹					
Hayır	185 (67,5)	39 (61,9)	0,724	1	0,459
Evet	89 (32,5)	24 (38,1)			
Ailede şiddet ²					
Hayır	219 (79,9)	36 (59,0)	12,001	1	0,001
Evet	55 (20,1)	25 (41,0)			
Ailede alkol,madde kullanımı ²					
Hayır	243 (89,0)	53 (85,5)	0,611	1	0,510
Evet	30 (11,0)	9 (14,5)			
Ailede suça bulaşma durumu ¹					
Hayır	231 (84,3)	50 (79,4)	0,903	1	0,350
Evet	43 (15,7)	13 (20,6)			
Kaotik aile ortamı ³					
Hayır	177 (92,2)	114 (77,0)	15,573	1	<0,001
Evet	15 (7,8)	34 (23,0)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 337; ² n = 335; ³ n = 340 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı					

6.5. Dördüncü Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları

6.5.1. Cinsel İstismar Şiddeti ve Zekâ Düzeyi Arasındaki İlişki

CİŞS – Y puanı WZÇÖ-R SIQ, WZÇÖ-R PIQ, WZÇÖ-R TIQ ve klinik olarak saptanan zeka düzeyinin tamamı ile anlamlı olarak pozitif yönde korelasyon göstermektedir (r = 0,148 – 0,317, tüm p değerleri < 0,01). CİŞS – Z puanı WZÇÖ-R SIQ, WZÇÖ-R PIQ, WZÇÖ-R TIQ ve klinik olarak saptanan zeka düzeyinin tamamı ile anlamlı olarak negatif yönde korelasyon göstermektedir (r = -0,119 – -0,150, tüm p değerleri < 0,03). CİŞS – Ş puanı WZÇÖ-R SIQ, WZÇÖ-R PIQ, WZÇÖ-R TIQ ve klinik olarak saptanan zeka düzeyinin tamamı ile anlamlı olarak negatif yönde korelasyon göstermektedir (r = -0,130 – -0,175, tüm p değerleri < 0,02). Ancak CİŞS – S ve CİŞS – T puanları WZÇÖ-R SIQ, WZÇÖ-R PIQ, WZÇÖ-R TIQ ve klinik olarak saptanan zeka düzeyinin hiçbirisi ile anlamlı olarak korelasyon göstermemektedir (tüm p değerleri > 0,05). Tablo 30, cinsel istismar şiddeti puanları ile zekâ düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik oluşturulan korelasyon matrisidir.

Tablo 30. Cinsel istismar şiddeti skorları ile zekâ düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon matrisi

	Korelasyon katsayısı (rho)	WÇZÖ SIQ ¹	WÇSÖ PIQ ²	WÇZÖ TIQ ¹	Klinik zekâ düzeyi ³	CİŞS-Y	CİŞS-Z	CİŞS-Ş	CİŞS-S	CİŞS-T
WÇZÖ SIQ	r	-								
	p									
WÇZÖ PIQ	r	0,784	-							
	p	<0,001								
WÇZÖ TIQ	r	0,952	0,927	-						
	p	<0,001	<0,001							
Klinik zekâ düzeyi	r	0,735	0,727	0,771	-					
	p	<0,001	<0,001	<0,001						
CİŞS – Y	r	0,231	0,317	0,282	0,148	-				
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,006					
CİŞS – Z	r	-0,141	-0,141	-0,150	-0,119	-0,106	-			
	p	0,009	0,010	0,006	0,028	0,052				
CİŞS – Ş	r	-0,130	-0,175	-0,154	-0,156	-0,201	0,416	-		
	p	0,017	0,001	0,005	0,004	<0,001	<0,001			
CİŞS – S	r	0,054	0,017	0,045	0,043	0,128	0,255	0,299	-	
	p	0,327	0,750	0,406	0,432	0,018	<0,001	<0,001		
CİŞS – T	r	0,024	0,029	0,030	-0,006	0,345	0,655	0,591	0,718	-
	p	0,661	0,599	0,584	0,908	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. ¹ n = 337; ² n = 338; ³ n = 340.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zekâ Bölümü: ZB); SIQ: Sözel IQ; PIQ: Performans IQ; TIQ: Total IQ; CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru

Tablo 31A ve 31B’de de görülebileceği üzere nitelikli cinsel istismara uğrayan olguların WÇZÖ-R TIQ puanları ve klinik olarak saptanan zeka düzeyleri basit cinsel istismara uğrayan olgularinkine göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (sırasıyla; Z = -2,744, p = 0,006; Z = -2,727, p = 0,006). Ancak zincirleme istismara uğrayan ve uğramayan olgular arasında ve tek failin istismarcı olduğu olgular ile birden fazla failin istismarcı olduğu olgular arasında WÇZÖ-

R TIQ puanları ve klinik olarak saptanan zeka düzeyi yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır (tüm p değerleri > 0,05).

Tablo 31. Total IQ puanları /klinik olarak saptanan zekâ düzeyleri ile cinsel istismar tipi, zincirleme istismar ve fail sayısı arasındaki ilişki (n = 337)

Tablo 31A		WÇZÖ-R TIQ		Z	p*
		Medyan	IQR		
İstismar tipi	Basit	86,00	33,00	-2,744	0,006
	Nitelikli	75,00	27,00		
Zincirleme istismar	Yok	79,00	34,25	-1,298	0,194
	Var	81,00	32,00		
CİŞS – F	1 kişi	81,00	34,00	-1,316	0,188
	2 veya daha fazla kişi	76,00	25,50		
Tablo 31B		Klinik zekâ düzeyi		Z	p*
		Medyan	IQR		
İstismar tipi	Basit	5,00	1,00	-2,727	0,006
	Nitelikli	5,00	2,00		
Zincirleme istismar	Yok	5,00	2,00	-1,298	0,194
	Var	5,00	2,00		
CİŞS – F	1 kişi	5,00	2,00	-1,108	0,268
	2 veya daha fazla kişi	5,00	2,00		

(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zekâ Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ; CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı

6.5.2. Cinsel İstismar Şiddeti ve Gelişimsel Psikopatolojiler Arasındaki İlişki

Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olguların CİŞS – Y puanı psikiyatrik bozukluğu olan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksektir (Z = -4,239, p < 0,001) (ilk kez istismara uğrama yaşı olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayanlarda daha küçüktür). Ancak olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olan olguların CİŞS – Ş puanı psikiyatrik bozukluğu olmayan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Z = -4,239, p < 0,001; bkz. Tablo 32).

Tablo 32. Cinsel istismar şiddeti skorları ile olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı arasındaki ilişki (n = 340)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı				Test istatistikleri	p*
	Yok		Var			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	3,00	2,00	2,00	Z = -4,239	<0,001
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -1,141	0,254
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -3,349	0,001
CİŞS – S	1,00	4,00	1,00	3,00	Z = -0,648	0,517
CİŞS – T	10,00	6,00	9,00	6,00	Z = -0,434	0,665
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Tablo 33. Cinsel istismar şiddeti skorları ile olaydan önce saptanan DEHB varlığı arasındaki ilişki (n = 340)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Olaydan önce saptanan DEHB varlığı				Test istatistikleri	p*
	Yok		Var			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	2,00	2,00	3,00	Z = -1,967	0,048
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -1,170	0,242
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -3,003	0,003
CİŞS – S	1,00	3,25	1,00	3,00	Z = -0,514	0,608
CİŞS – T	9,00	6,00	10,00	5,25	Z = -1,266	0,206
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Olaydan önce DEHB tanısı olmayan olguların CİŞS – Y puanı DEHB tanısı olan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($Z = -1,967$, $p = 0,048$) (*ilk kez istismara uğrama yaşı olaydan önce DEHB tanısı olmayanlarda daha küçüktür*). Ancak olaydan önce DEHB tanısı olan olguların CİŞS – Ş puanı DEHB tanısı olmayan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($Z = -3,003$, $p = 0,003$; bkz. Tablo 33).

Olaydan önce ZY tanısı olmayan olguların CİŞS – Y puanı ZY tanısı olan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($Z = -2,665$, $p = 0,036$) (*ilk kez istismara uğrama yaşı olaydan önce ZY tanısı olmayanlarda daha küçüktür*). Ancak olaydan önce ZY tanısı olan olguların CİŞS – Ş puanı ZY tanısı olmayan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($Z = -2,350$, $p = 0,040$; bkz. Tablo 34).

CİŞS – Z, CİŞS – S ve CİŞS – T puanları ise hem olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan olgular arasında, hem olaydan önce DEHB tanısı olan ve olmayan olgular arasında, hem de olaydan önce ZY tanısı olan ve olmayan olgular arasında anlamlı olarak farklılaşmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz. Tablo 32, 33 ve 34).

Tablo 34. Cinsel istismar şiddeti skorları ile olaydan önce saptanan Zihinsel Yetersizlik varlığı arasındaki ilişki ($n = 340$)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Olaydan önce saptanan ZY varlığı				Test istatistikleri	p*
	Yok		Var			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	2,00	2,00	2,00	Z = -2,665	0,036
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -0,730	0,465
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -2,350	0,040
CİŞS – S	1,00	4,00	1,00	2,50	Z = -1,817	0,069
CİŞS – T	9,00	6,00	9,00	5,50	Z = -0,917	0,359
<i>(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.</i>						
<i>Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).</i>						
<i>Kısaltmalar: ZY: Zihinsel yetersizlik; CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru</i>						

6.5.3. Cinsel İstismar Şiddeti ve Gelişimsel Gecikme Arasındaki İlişki

Nöromotor gelişim gecikmesi olmayan olguların CiŞS – Y puanı gecikme olan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($Z = -2,283$, $p = 0,022$) (*ilk kez istismara uğrama yaşı nöromotor gelişim gecikmesi olmayanlarda daha küçüktür*). Ancak nöromotor gelişim gecikmesi olan olguların CiŞS – Ş puanı gecikme olmayan olgularinkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($Z = -2,624$, $p = 0,009$; bkz. Tablo 35). CiŞS – Z, CiŞS – S ve CiŞS – T puanları ise nöromotor gelişim gecikmesi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı olarak farklılaşmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz. Tablo 35). Bunun yanı sıra cinsel istismar şiddeti puanlarından CiŞS – Y dışında diğerleri (CiŞS-Z, CiŞS-Ş, CiŞS-S ve CiŞS-T) konuşma gecikmesi olan ve olmayan olgular arasında anlamlı olarak farklılaşmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz. Tablo 36).

Tablo 35. Cinsel istismar şiddeti skorları ile nöromotor gelişim gecikmesi arasındaki ilişki ($n = 303$)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Nöromotor gelişim gecikmesi				Test istatistikleri	p*
	Yok		Var			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	3,00	2,00	3,00	Z = -2,283	0,022
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -0,778	0,436
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	Z = -2,624	0,009
CİŞS – S	1,00	3,00	1,00	3,00	Z = -0,423	0,672
CİŞS – T	9,00	6,00	9,00	6,00	Z = -0,344	0,731
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Tablo 37’de özetlendiği üzere önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin istismar tipi ile ilişkisi incelendiğinde olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olanlarda ($\chi^2 = 11,421$, $p = 0,001$), olaydan önce DEHB tanısı olanlarda ($\chi^2 = 8,241$, $p = 0,006$) ve nöromotor gelişiminde gecikme olan olgularda ($\chi^2 = 5,305$, $p = 0,027$) nitelikli cinsel istismar anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

Tablo 36. Cinsel istismar şiddeti skorları ile konuşma gecikmesi arasındaki ilişki (n = 301)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Konuşma gecikmesi				Test istatistikleri	p*
	Yok		Var			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	3,00	2,00	2,00	Z = -0,237	0,035
CİŞS – Z	0,00	4,00	2,00	4,00	Z = -1,028	0,304
CİŞS – Ş	2,00	2,00	3,00	2,00	Z = -1,054	0,292
CİŞS – S	1,00	3,00	1,00	3,00	Z = -0,260	0,795
CİŞS – T	9,00	6,00	9,00	6,75	Z = -0,472	0,637
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Tablo 37. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin istismar tipi ile ilişkisi

İstismar tipi	Basit	Nitelikli	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ¹					
Yok	139 (72,4)	81 (54,7)	11,421	1	0,001
Var	53 (27,6)	67 (45,3)			
DEHB ¹					
Yok	175 (91,1)	119 (80,4)	8,241	1	0,006
Var	17 (8,9)	29 (19,6)			
Zihinsel yetersizlik ¹					
Yok	166 (86,5)	121 (81,8)	1,404	1	0,291
Var	26 (13,5)	27 (18,2)			
Nöromotor gelişimde gecikme ²					
Yok	161 (89,9)	100 (80,6)	5,305	1	0,027
Var	18 (10,1)	24 (19,4)			
Konuşmada gecikme ³					
Yok	158 (88,8)	107 (87,0)	0,217	1	0,719
Var	20 (11,2)	16 (13,0)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 340; ² n = 303; ³ n = 301 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu					

Tablo 38’de özetlendiği üzere önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin zincirleme istismara uğrama durumu ile ilişkisi incelendiğinde olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olanlarda ($\chi^2 = 6,079$, $p = 0,015$), ve olaydan önce ZY tanısı olanlarda ($\chi^2 = 5,402$, $p = 0,022$) zincirleme cinsel istismar anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

Tablo 38. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin zincirleme istismara uğrama durumu ile ilişkisi

Zincirleme istismar	Yok	Var	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ¹					
Yok	124 (59,6)	96 (72,7)	6,079	1	0,015
Var	84 (40,4)	36 (27,3)			
DEHB ¹					
Yok	177 (85,1)	117 (88,6)	0,865	1	0,417
Var	31 (14,9)	15 (11,4)			
Zihinsel yetersizlik ¹					
Yok	168 (80,8)	119 (90,2)	5,402	1	0,022
Var	40 (19,2)	13 (9,8)			
Nöromotor gelişimde gecikme ²					
Yok	164 (84,5)	97 (89,0)	1,160	1	0,304
Var	30 (15,5)	12 (11,0)			
Konuşmada gecikme ³					
Yok	168 (87,0)	97 (89,8)	0,504	1	0,580
Var	25 (13,0)	11 (10,2)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 340; ² n = 303; ³ n = 301 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu					

Tablo 39’da özetlendiği üzere önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin fail sayısı (CİŞS – F) ile ilişkisi incelendiğinde olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olanlarda ($\chi^2 = 11,808$, $p = 0,001$), olaydan önce DEHB tanısı olanlarda ($\chi^2 = 9,309$, $p = 0,004$), nöromotor gelişiminde gecikme olan olgularda ($\chi^2 = 6,121$, $p = 0,018$) ve konuşmada gecikme olan olgularda ($\chi^2 = 6,970$, $p = 0,012$) fail sayısının 2 ya da daha fazla kişi oluşu anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

Tablo 39. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsünün, gelişimsel psikopatolojilerin ve bazı gelişimsel göstergelerin fail sayısı ile ilişkisi

CİŞS – F	1 kişi	2 veya daha fazla kişi	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ¹					
Yok	191 (69,0)	29 (46,0)	11,808	1	0,001
Var	86 (31,0)	34 (54,0)			
DEHB ¹					
Yok	247 (89,2)	47 (74,6)	9,309	1	0,004
Var	30 (10,8)	16 (25,4)			
Zihinsel yetersizlik ¹					
Yok	236 (85,2)	51 (81,0)	0,703	1	0,441
Var	41 (14,8)	12 (19,0)			
Nöromotor gelişimde gecikme ²					
Yok	221 (88,4)	40 (75,5)	6,121	1	0,018
Var	29 (11,6)	13 (24,5)			
Konuşmada gecikme ³					
Yok	224 (90,3)	41 (77,4)	6,970	1	0,012
Var	24 (9,7)	12 (22,6)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 340; ² n = 303; ³ n = 301 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı; DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu					

6.6. Beşinci Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları

Tablo 40’da gösterilen genel örneklemede olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında yalnızca CİŞS – T puanı ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında pozitif yönde korelasyon saptanmış olup ($r = 0,120$, $p = 0,027$) KAY-BÖ, BDÖ, ÇDÖ puanları, diğer cinsel istismar şiddeti puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri > 0,05).

Ruh sağlığında bozulma saptanan olgular içinde yapılan değerlendirmede ise yalnızca hem çocuk hem de ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanları ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında negatif yönlü yüksek derecede korelasyon saptanmıştır (sırasıyla; $r = -0,501$, $p = 0,018$; $r = -0,659$, $p = 0,010$; bkz. Tablo 41). Ancak diğer KAY-BÖ puanları, BDÖ, ÇDÖ puanları, CİŞS puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri > 0,05).

Tablo 40. Genel örnekleimde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay cinsinden)	Tüm olgular içinde (n = 340)	
	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y puanı ¹	0,080	0,143
CİŞS – Z puanı ¹	0,101	0,063
CİŞS – Ş puanı ¹	0,019	0,725
CİŞS – S puanı ¹	0,045	0,410
CİŞS – T puanı ¹	0,120	0,027
KAY-BÖ – PB puan (çocuk) ²	-0,033	0,670
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk) ²	-0,025	0,753
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk) ²	-0,088	0,259
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk) ²	-0,071	0,369
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk) ²	-0,122	0,120
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk) ²	-0,076	0,338
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn) ³	-0,069	0,472
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn) ³	-0,029	0,761
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn) ³	-0,124	0,193
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn) ³	-0,153	0,108
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn) ³	-0,037	0,703
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn) ³	-0,097	0,311
BDÖ puanı ⁴	0,003	0,970
ÇDÖ puanı ⁵	0,128	0,204
Psikiyatrik tanı sayısı ¹	-0,038	0,479
(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır; ¹ n = 340; ² n = 164; ³ n = 111; ⁴ n = 194; ⁵ n = 100 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği		

Tablo 41. Ruh sağlığında bozulma olan ve olmayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

<i>Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay cinsinden)</i>	Ruh sağlığında bozulma olan olgular içinde (n = 57)		Ruh sağlığında bozulma olmayan olgular içinde (n = 141)	
	Korelasyon katsayısı (r)	p*	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y puanı	0,144	0,284	0,073	0,392
CİŞS – Z puanı	-0,008	0,951	0,155	0,066
CİŞS – Ş puanı	-0,143	0,288	0,060	0,478
CİŞS – S puanı	-0,069	0,608	-0,022	0,796
CİŞS – T puanı	-0,016	0,905	0,134	0,112
KAY-BÖ – PB puan (çocuk)	-0,033	0,885	-0,042	0,748
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	-0,176	0,434	-0,097	0,455
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	-0,501	0,018	-0,134	0,299
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	-0,098	0,663	-0,147	0,260
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	-0,076	0,736	-0,222	0,083
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	-0,203	0,365	-0,110	0,398
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	-0,276	0,339	0,026	0,859
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	-0,166	0,570	0,048	0,742
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	-0,659	0,010	0,027	0,855
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	-0,430	0,125	-0,149	0,301
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	-0,180	0,537	0,144	0,319
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	-0,454	0,103	0,025	0,861
BDÖ puanı	-0,031	0,848	0,059	0,628
ÇDÖ puanı	-0,323	0,282	0,284	0,041

(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Tablo 42’de görülebileceği üzere psikiyatrik tanı alan olgular içinde yapılan değerlendirmede yalnızca ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanı ve KAY-BÖ – Toplam puanı ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır (sırasıyla; $r = -0,343$, $p = 0,006$; $r = -0,270$, $p = 0,032$). Ancak diğer KAY-BÖ puanları, BDÖ, ÇDÖ puanları, CİŞS puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$).

Cinsel istismar olayından önce psikiyatrik bozukluğu olmayıp olaydan sonra psikiyatrik tanı alan olgular içinde yapılan değerlendirmede ise hem çocuk hem de ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanları ve ebeveynler tarafından puanlanan KAY-BÖ – SAB puanları ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında negatif yönlü korelasyon saptanmıştır (sırasıyla; $r = -0,362$, $p = 0,019$; $r = -0,536$, $p = 0,004$; $r = -0,415$, $p = 0,031$; bkz. Tablo 43). Ancak diğer KAY-BÖ puanları, BDÖ, ÇDÖ puanları, CİŞS puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$).

WZÇÖ-R TIQ puanı 80’in altında olan olgular içinde yapılan değerlendirmede ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB, KAY-BÖ – SAB ve KAY-BÖ – Toplam puanları ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında negatif yönlü orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (sırasıyla; $r = -0,340$, $p = 0,021$; $r = -0,429$, $p = 0,003$; $r = -0,361$, $p = 0,014$; bkz. Tablo 44). CİŞS – T puanı ise olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile pozitif korelasyon göstermiştir ($r = 0,236$, $p = 0,002$; bkz. Tablo 44). Ancak diğer KAY-BÖ puanları, BDÖ, ÇDÖ puanları, diğer CİŞS puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ile olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$).

Tablo 45’te görülebileceği üzere ilaç tedavisi alan olgular içinde yapılan değerlendirmede çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanı ($r = -0,221$, $p = 0,048$), ebeveyn tarafından puanlanan tüm KAY-BÖ alt ölçek puanları ve KAY-BÖ – Toplam puanı ($r = -0,304 - -0,413$; tüm p değerleri $< 0,03$) olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile negatif yönlü orta düzeyde korelasyon göstermiştir. CİŞS – Y puanı ise olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile pozitif korelasyon göstermiştir ($r = 0,203$, $p = 0,013$). Ancak ilaç tedavisi almayan olgular içinde yapılan değerlendirmede KAY-BÖ, BDÖ, ÇDÖ, CİŞS puanları ve psikiyatrik tanı sayısından hiçbirisi olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile korelasyon göstermemiştir (tüm p değerleri $> 0,05$).

Tablo 42. Örneklemdeki tüm olgulardan değerlendirme sonrası psikiyatrik tanı alan ve almayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

<i>Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay cinsinden)</i>	Tüm olgular (n = 340)			
	Psikiyatrik tanı alan olgular içinde (n = 192)		Psikiyatrik tanı almayan olgular içinde (n = 148)	
	Korelasyon katsayısı (r)	p*	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y puanı	0,096	0,185	0,047	0,574
CİŞS – Z puanı	0,112	0,121	0,124	0,132
CİŞS – Ş puanı	0,001	0,992	0,066	0,426
CİŞS – S puanı	0,051	0,478	0,037	0,651
CİŞS – T puanı	0,094	0,192	0,162	0,048
KAY-BÖ – PB puan (çocuk)	-0,123	0,244	0,061	0,611
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	-0,085	0,426	0,011	0,925
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	-0,168	0,110	0,005	0,964
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	-0,038	0,717	-0,146	0,224
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	-0,124	0,239	-0,131	0,273
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	-0,145	0,171	-0,027	0,825
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	-0,207	0,103	0,238	0,103
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	-0,202	0,113	0,304	0,035
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	-0,343	0,006	0,235	0,108
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	-0,226	0,075	0,060	0,686
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	-0,188	0,140	0,216	0,141
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	-0,270	0,032	0,254	0,082
BDÖ puanı	-0,043	0,646	0,027	0,816
ÇDÖ puanı	0,165	0,268	0,161	0,248

(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Tablo 43. Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

<i>Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay cinsinden)</i>	Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular (n = 220)			
	Psikiyatrik tanı alan olgular içinde (n = 90)		Psikiyatrik tanı almayan olgular içinde (n = 130)	
	Korelasyon katsayısı (r)	p*	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y puanı	0,195	0,066	0,048	0,590
CİŞS – Z puanı	0,146	0,170	0,097	0,274
CİŞS – Ş puanı	-0,076	0,476	0,058	0,509
CİŞS – S puanı	0,056	0,601	0,067	0,448
CİŞS – T puanı	0,120	0,261	0,169	0,055
KAY-BÖ – PB puan (çocuk)	-0,142	0,370	0,110	0,396
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	-0,167	0,289	0,037	0,777
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	-0,362	0,019	0,054	0,674
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	-0,11	0,485	-0,074	0,570
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	-0,094	0,555	-0,074	0,567
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	-0,228	0,147	0,032	0,807
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	-0,269	0,174	0,265	0,086
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	-0,087	0,665	0,344	0,024
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	-0,536	0,004	0,287	0,062
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	-0,415	0,031	0,121	0,438
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	-0,121	0,547	0,263	0,088
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	-0,351	0,073	0,291	0,059
BDÖ puanı	-0,069	0,610	0,069	0,598
ÇDÖ puanı	0,143	0,486	0,141	0,316

(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Tablo 44. WÇZÖ-R Total IQ değeri 80 ve üzerinde olan ve 80'in altında olan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay cinsinden)	WÇZÖ-R TIQ < 80 olan olgular içinde (n = 163)		WÇZÖ-R TIQ ≥ 80 olan olgular içinde (n = 174)	
	Korelasyon katsayısı (r)	p*	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y puanı	0,133	0,089	0,025	0,748
CİŞS – Z puanı	0,136	0,084	0,093	0,222
CİŞS – Ş puanı	0,143	0,068	-0,068	0,371
CİŞS – S puanı	0,148	0,060	-0,051	0,506
CİŞS – T puanı	0,236	0,002	0,013	0,866
KAY-BÖ – PB puan (çocuk)	0,022	0,858	-0,074	0,473
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	-0,072	0,567	-0,030	0,769
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	-0,071	0,569	-0,114	0,265
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	-0,194	0,118	-0,018	0,860
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	-0,158	0,207	-0,123	0,233
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	-0,131	0,297	-0,083	0,423
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	-0,224	0,134	0,063	0,620
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	-0,264	0,076	0,149	0,239
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	-0,340	0,021	0,039	0,785
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	-0,429	0,003	0,030	0,812
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	-0,164	0,275	0,092	0,468
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	-0,361	0,014	0,086	0,502
BDÖ puanı	0,041	0,678	-0,034	0,756
ÇDÖ puanı	0,098	0,611	0,140	0,246

(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ; CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz bildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Tablo 45. İlaç tedavisi alan ve almayan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile cinsel istismar şiddeti, depresyon ve anksiyete puanları arasındaki ilişki

Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay cinsinden)	İlaç tedavisi alan olgular içinde (n = 149)		İlaç tedavisi almayan olgular içinde (n = 191)	
	Korelasyon katsayısı (r)	p*	Korelasyon katsayısı (r)	p*
CİŞS – Y puanı	0,203	0,013	0,028	0,696
CİŞS – Z puanı	0,097	0,241	0,033	0,653
CİŞS – Ş puanı	-0,040	0,632	-0,028	0,706
CİŞS – S puanı	0,048	0,564	0,017	0,816
CİŞS – T puanı	0,136	0,098	0,052	0,475
KAY-BÖ – PB puan (çocuk)	-0,161	0,157	0,023	0,835
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	-0,116	0,313	0,026	0,814
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	-0,221	0,048	-0,056	0,613
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	-0,026	0,818	-0,142	0,197
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	-0,215	0,058	-0,076	0,490
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	-0,190	0,097	-0,025	0,823
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	-0,378	0,006	0,028	0,560
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	-0,389	0,004	0,127	0,337
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	-0,368	0,007	-0,050	0,706
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	-0,329	0,017	-0,033	0,801
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	-0,304	0,028	0,044	0,743
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	-0,413	0,002	0,041	0,759
BDÖ puanı	-0,061	0,540	0,009	0,932
ÇDÖ puanı	-0,001	0,994	0,101	0,403

(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

TAT profillerine bakıldığında ise ‘korku ve tehdit algısı’ saptanmamış olan olguların olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süreleri saptanmış olan olgularından anlamlı olarak daha fazla bulunmuş olup ($Z = -2,088$, $p = 0,037$) ‘üzüntü ve mutsuzluk temaları’ saptanmış olan olguların olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süreleri saptanmamış olan olgularından anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($Z = -2,815$, $p = 0,005$; bkz Tablo 46).

Tablo 46. Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile TAT temaları arasındaki ilişki

TAT temaları		Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay)		Test istatistikleri	p*
		Medyan	IQR		
Kadın modeli algısında bozulma	Yok	15,00	16,00	$Z = -0,401$	0,689
	Var	16,00	12,75		
Erkek modeli algısında bozulma	Yok	15,00	16,00	$Z = -0,029$	0,977
	Var	14,00	10,00		
Korku ve tehdit algısı	Yok	17,00	18,00	$Z = -2,088$	0,037
	Var	13,00	14,00		
Suçluluk ve pişmanlık algısı	Yok	14,00	14,00	$Z = -1,538$	0,124
	Var	17,00	18,00		
Terk edilme-yalnızlık algısı	Yok	14,00	13,00	$Z = -1,072$	0,284
	Var	15,00	18,00		
Depresyon-anksiyete temaları	Yok	13,50	16,50	$Z = -0,942$	0,346
	Var	15,00	16,00		
Olumsuz benlik algısı	Yok	14,00	14,50	$Z = -1,499$	0,134
	Var	18,50	24,50		
Sevgi ve güven ihtiyacı	Yok	16,00	18,00	$Z = -0,354$	0,724
	Var	14,00	15,00		
Üzüntü ve mutsuzluk temaları	Yok	12,00	12,50	$Z = -2,815$	0,005
	Var	16,00	17,00		
Başa çıkma becerilerinde bozulma	Yok	15,00	15,00	$Z = -0,036$	0,972
	Var	14,00	21,00		
Saldırganlık, öfke, agresyon	Yok	17,00	14,75	$Z = -1,109$	0,267
	Var	14,00	15,00		

Cinsel istismar teması	Yok	14,00	15,00	Z = -0,789	0,430
	Var	15,00	18,00		
İntihar teması	Yok	15,00	15,00	Z = -0,309	0,757
	Var	13,00	14,00		
Ölüm teması	Yok	15,00	15,00	Z = -0,746	0,456
	Var	12,00	19,00		
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.					
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

Tablo. 47. Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanılar ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişki

		Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre (ay)		Test istatistikleri	p
		Medyan	IQR		
Psikiyatrik tanı ¹	Yok	15,00	15,75	Z = -0,396	0,692 ^a
	Var	13,50	15,00		
Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda psikiyatrik tanı ²	Yok	15,00	15,00	Z = -0,801	0,423 ^a
	Var	16,00	27,00		
Ruh sağlığında bozulma ³	Yok	17,00	15,50	Z = -1,114	0,265 ^a
	Var	17,00	25,00		
Major Depresif Bozukluk ¹	Yok	14,00	15,00	$\chi^2 = 1,249$	0,536 ^b
	Eşik altı	18,00	19,00		
	Var	13,00	15,75		
Anksiyete Bozukluğu ¹	Yok	14,00	15,00	$\chi^2 = 4,260$	0,119 ^b
	Eşik altı	16,00	16,00		
	Var	17,00	24,50		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu ¹	Yok	14,00	14,00	$\chi^2 = 4,053$	0,132 ^b
	Eşik altı	19,00	23,00		
	Var	15,50	18,00		

^a Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ^b Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

¹ n = 340; ² n = 220; ³ n = 198 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanıları ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında ise olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürenin hem psikiyatrik tanısı olan, hem olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlar içinde olay sonrasında psikiyatrik tanısı olan, hem ruh sağlığında bozulma olan, hem MDB tanısı olan, hem AB tanısı olan, hem de TSSB tanısı olan olgular ve bu bulguların olmadığı olgular arasında anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz. Tablo 47).

6.7. Altıncı Hipoteze Yönelik Analiz Bulguları

6.7.1. Cinsel İstismar Şiddeti ile Ölçek Puanları ve Psikiyatrik Tanı Sayısı Arasındaki İlişki

Cinsel istismar şiddeti puanları ile anksiyete, depresyon puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişkiler Tablo 48’de gösterilmiştir. Buna göre CİŞS – Y puanı çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – PB puanı ile, ebeveyn tarafından puanlanan PAY-BÖ – PB, KAY-BÖ – YAB, KAY-BÖ – Toplam puanları, ÇDÖ puanı ve psikiyatrik tanı sayısı ile negatif yönde korelasyon göstermiştir ($r = -0,108 - -0,255$, tüm p değerleri $< 0,05$).

CİŞS – Z puanı çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanı ile, ebeveyn tarafından puanlanan PAY-BÖ – PB, KAY-BÖ – AAB, KAY-BÖ – Toplam puanları, BDÖ puanı, ÇDÖ puanı ve psikiyatrik tanı sayısı ile değişken derecelerde pozitif yönde korelasyon göstermiştir ($r = 0,155 - 0,448$, tüm p değerleri $< 0,05$).

CİŞS – Ş ve CİŞS – T puanları hiçbir KAY-BÖ puanıyla korelasyon göstermemiş olup (tüm p değerleri $> 0,05$) ÇDÖ puanı ile (sırasıyla; $r = 0,462$, $p < 0,001$; $r = 0,291$, $p = 0,003$) ve psikiyatrik tanı sayısı ile (sırasıyla; $r = 0,289$, $p < 0,001$; $r = 0,261$, $p < 0,001$) pozitif yönde korelasyon göstermiştir.

CİŞS – S puanı ise hiçbir ölçek puanı ile korelasyon göstermemiş olup (tüm p değerleri $> 0,05$) yalnızca psikiyatrik tanı sayısı ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir ($r = 0,152$, $p = 0,005$).

Tablo 48. Cinsel istismar şiddeti puanları ile anksiyete, depresyon puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişkiler

	CİŞS – Y		CİŞS – Z		CİŞS – Ş		CİŞS – S		CİŞS – T	
	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*	r	p*
KAY-BÖ – PB puanı (çocuk)	-0,186	0,017	0,141	0,072	0,134	0,088	0,061	0,435	0,009	0,381
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk)	-0,126	0,110	0,092	0,245	0,075	0,342	0,061	0,438	0,053	0,502
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk)	-0,024	0,763	0,155	0,047	0,014	0,857	0,005	0,949	0,054	0,493
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk)	-0,027	0,729	-0,032	0,683	-0,086	0,275	0,016	0,837	-0,069	0,382
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk)	-0,131	0,093	0,031	0,693	0,038	0,626	0,017	0,824	-0,050	0,524
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk)	-0,118	0,134	0,103	0,193	0,061	0,437	0,060	0,449	0,042	0,598
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn)	-0,208	0,028	0,221	0,020	0,122	0,202	-0,150	0,117	-0,023	0,814
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn)	-0,255	0,007	0,159	0,095	0,181	0,057	-0,052	0,587	0,015	0,872
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn)	-0,099	0,304	0,201	0,034	0,047	0,621	-0,090	0,346	0,017	0,860
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn)	-0,169	0,075	0,060	0,529	-0,032	0,741	-0,133	0,165	-0,121	0,205
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn)	-0,175	0,066	0,178	0,061	0,105	0,271	-0,186	0,050	-0,032	0,743
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn)	-0,208	0,029	0,200	0,036	0,112	0,242	-0,121	0,205	-0,011	0,907
BDÖ puanı	-0,028	0,698	0,179	0,013	0,107	0,137	0,006	0,932	0,119	0,100
ÇDÖ puanı	-0,236	0,018	0,448	<0,001	0,462	<0,001	0,041	0,686	0,291	0,003
Psikiyatrik tanı sayısı	-0,108	0,046	0,327	<0,001	0,289	<0,001	0,152	0,005	0,261	<0,001

(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır; r = korelasyon katsayısı (Spearman's rho)

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Cinsel istismar tipi ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

Tablo 49'da değerlendirilmiştir. Buna göre nitelikli istismara uğrayan olguların çocuk

tarafından puanlanan KAY-BÖ – PB puanı ($Z = -2,077$, $p = 0,038$), ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – YAB puanı ($Z = -1,957$, $p = 0,048$), ÇDÖ puanı ($Z = -2,804$, $p = 0,005$) ve psikiyatrik tanı sayısı ($Z = -5,230$, $p < 0,001$) basit cinsel istismara uğramış olgularınkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 49. Cinsel istismar tipi ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

	Cinsel istismar tipi		Test istatistikleri	p
	Basit	Nitelikli		
KAY-BÖ – PB puan (çocuk) ¹	7,50 [10,75]	10,50 [11,75]	$Z = -2,077$	0,038^a
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk) ¹	7,00 [8,75]	7,00 [8,00]	$Z = -1,530$	0,126 ^a
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk) ¹	6,00 [7,50]	6,00 [6,00]	$Z = -0,258$	0,796 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk) ¹	8,00 [7,00]	7,00 [6,00]	$Z = -0,428$	0,669 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk) ¹	2,00 [4,00]	2,00 [4,00]	$Z = -0,283$	0,777 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk) ¹	32,31 ± 19,42	35,25 ± 16,65	$t = -0,992$	0,323 ^b
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn) ²	6,00 [9,00]	8,00 [12,00]	$Z = -1,306$	0,192 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn) ²	5,00 [8,25]	9,00 [9,00]	$Z = -1,957$	0,048^a
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn) ²	6,00 [7,00]	6,00 [6,50]	$Z = -0,644$	0,520 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn) ²	6,50 [8,25]	6,00 [6,00]	$Z = -0,123$	0,902 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn) ²	1,00 [3,00]	2,00 [4,00]	$Z = -1,008$	0,313 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn) ²	27,25 ± 19,00	31,82 ± 19,47	$t = -1,212$	0,228 ^b
BDÖ puanı ³	16,00 [21,50]	19,50 [23,00]	$Z = -1,606$	0,108 ^a
ÇDÖ puanı ⁴	8,00 [9,25]	12,50 [18,00]	$Z = -2,804$	0,005^a
Psikiyatrik tanı sayısı ⁵	0,00 [1,00]	1,50 [2,00]	$Z = -5,230$	<0,001^a

^a Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ^b Bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan [çeyrekler arası genişlik (IQR)] şeklinde sunulmuştur.

¹ n = 164; ² n = 111; ³ n = 194; ⁴ n = 100; ⁵ n = 340

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Zincirleme cinsel istismar varlığı ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki Tablo 50’de gösterilmiştir. Ancak hiçbir ölçek puanı açısından ve psikiyatrik tanı sayısı açısından zincirleme istismara uğramış ve uğramamış olgular anlamlı ölçüde farklılaşmamıştır (tüm p değerleri > 0,05).

Tablo 50. Zincirleme cinsel istismar varlığı ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

	Zincirleme istismar		Test istatistikleri	p
	Yok	Var		
KAY-BÖ – PB puan (çocuk) ¹	8,00 [12,75]	8,00 [9,75]	Z = -0,407	0,684 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk) ¹	7,00 [8,00]	8,00 [9,50]	Z = -0,900	0,368 ^a
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk) ¹	6,00 [6,00]	6,00 [7,00]	Z = -0,252	0,801 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk) ¹	8,00 [7,00]	7,00 [6,75]	Z = -0,997	0,319 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk) ¹	2,00 [4,00]	2,00 [3,00]	Z = -0,538	0,591 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk) ¹	33,02 ± 18,58	34,18 ± 18,21	t = -0,384	0,701 ^b
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn) ²	7,00 [10,75]	4,00 [8,00]	Z = -1,876	0,061 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn) ²	5,00 [9,00]	6,00 [7,00]	Z = -0,870	0,384 ^a
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn) ²	6,00 [6,75]	5,00 [7,00]	Z = -1,089	0,276 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn) ²	7,50 [7,00]	6,00 [7,00]	Z = -1,512	0,131 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn) ²	2,00 [4,00]	2,00 [2,00]	Z = -1,295	0,195 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn) ²	30,94 ± 19,88	24,60 ± 17,15	t = 1,629	0,106 ^b
BDÖ puanı ³	17,00 [22,00]	18,50 [22,00]	Z = -0,668	0,504 ^a
ÇDÖ puanı ⁴	9,00 [9,00]	11,00 [14,50]	Z = -1,261	0,207 ^a
Psikiyatrik tanı sayısı ⁵	1,00 [2,00]	1,00 [2,00]	Z = -1,917	0,055 ^a

^a Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ^b Bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan [çeyrekler arası genişlik (IQR)] şeklinde sunulmuştur.

¹ n = 164; ² n = 111; ³ n = 194; ⁴ n = 100; ⁵ n = 340

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz bildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Fail sayısı ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki Tablo 51’de gösterilmiştir. Buna göre hiçbir ölçek puanı açısından fail sayısı 2 ya da daha fazla kişi olan ve 1 kişi olgular anlamlı ölçüde farklılaşmamış olsa da (tüm p değerleri > 0,05), psikiyatrik tanı sayısı ($Z = -3,650$, $p < 0,001$) fail sayısı 2 ya da daha fazla kişi olan olgularda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 51. Fail sayısı ile depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

	CİŞS – F		Test istatistikleri	p
	1 kişi	2 ya da daha fazla kişi		
KAY-BÖ – PB puan (çocuk) ¹	8,00 [13,00]	9,00 [10,00]	$Z = -0,419$	0,675 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk) ¹	7,00 [8,00]	8,00 [7,00]	$Z = -1,006$	0,314 ^a
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk) ¹	6,00 [7,75]	6,00 [5,50]	$Z = -0,241$	0,810 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk) ¹	7,00 [7,00]	7,00 [5,00]	$Z = -0,702$	0,483 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk) ¹	2,00 [3,00]	1,00 [3,00]	$Z = -1,612$	0,107 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk) ¹	33,48 ± 18,84	33,36 ± 16,80	$t = 0,032$	0,974 ^b
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn) ²	6,00 [9,00]	6,00 [9,50]	$Z = -0,181$	0,856 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn) ²	5,00 [8,00]	10,00 [9,50]	$Z = -1,157$	0,247 ^a
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn) ²	6,00 [7,00]	5,00 [3,00]	$Z = -1,103$	0,270 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn) ²	7,00 [8,00]	6,00 [5,00]	$Z = -0,933$	0,351 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn) ²	2,00 [4,00]	2,00 [3,00]	$Z = -0,879$	0,380 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn) ²	29,26 ± 19,94	27,57 ± 16,08	$t = 0,363$	0,718 ^b
BDÖ puanı ³	16,00 [22,00]	25,00 [22,00]	$Z = -1,153$	0,249 ^a
ÇDÖ puanı ⁴	9,00 [11,00]	12,50 [12,00]	$Z = -1,691$	0,091 ^a
Psikiyatrik tanı sayısı ⁵	1,00 [2,00]	2,00 [3,00]	$Z = -3,650$	<0,001^a

^a Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ^b Bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan [çeyrekler arası genişlik (IQR)] şeklinde sunulmuştur. ¹ n = 164; ² n = 111; ³ n = 194; ⁴ n = 100; ⁵ n = 340 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

6.7.2. Cinsel İstismar Şiddeti ile MDB, AB ve TSSB Tanıları Arasındaki İlişki

Cinsel istismar şiddeti skorları ile MDB, AB ve TSSB tanıları arasındaki ilişki Tablo 52’de sunulmuştur. Buna göre CiŞS – Z, CiŞS – Ş, CiŞS – S ve CiŞS – T puanları MDB tanısı olanlarda olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (tüm p değerleri < 0,02). Buna benzer şekilde CiŞS – Z, CiŞS – Ş ve CiŞS – T puanları TSSB tanısı olanlarda olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (tüm p değerleri < 0,02). İlginç olarak CiŞS – Ş puanı TSSB tanısı olan olgularda eşik altı TSSB tanısı olan olgulara kıyasla da anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (p = 0,01). Ayrıca MDB tanısı olmayanlarda eşik altı MDB olan olgulara kıyasla CiŞS – Y puanı anlamlı olarak daha yüksek (p = 0,032), CiŞS – Z puanı ise anlamlı olarak daha düşüktür (p = 0,023). AB tanısı olan, olmayan ve eşik altı düzeyde olan olgular arasında ise CiŞS puanlarının hiçbirisi anlamlı ölçüde farklılaşmamıştır (tüm p değerleri > 0,05).

Tablo 52. Cinsel istismar şiddeti skorları ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları arasındaki ilişki

	Yok (1)	Eşik altı (2)	Var (3)	F	p*	İkili karşılaştırmalar p** değerleri			Büyük­lük sıralaması
						1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3	
Major Depresif Bozukluk (n ₁ = 195; n ₂ = 53; n ₃ = 92)									
CİŞS – Y	3,27 ± 1,70	2,69 ± 1,55	2,81 ± 1,58	3,970	0,020	0,032	0,071	0,911	1 > 2
CİŞS – Z	1,16 ± 1,64	1,84 ± 1,61	2,41 ± 1,71	18,191	<0,001	0,023	<0,001	0,121	2 = 3 > 1
CİŞS – Ş	2,45 ± 1,37	2,83 ± 1,32	3,04 ± 1,23	6,610	0,002	0,160	0,001	0,623	3 > 1
CİŞS – S	1,48 ± 1,59	1,77 ± 1,69	2,08 ± 1,69	4,259	0,015	0,497	0,011	0,509	3 > 1
CİŞS – T	8,57 ± 3,66	9,32 ± 3,78	10,52 ± 4,21	8,053	<0,001	0,422	<0,001	0,167	3 > 1
Travma Sonrası Stres Bozukluğu (n ₁ = 199; n ₂ = 47; n ₃ = 94)									
CİŞS – Y	3,01 ± 1,65	3,19 ± 1,59	2,97 ± 1,72	0,261	0,770	0,895	0,899	0,756	1 = 2 = 3
CİŞS – Z	1,29 ± 1,66	1,65 ± 1,73	2,25 ± 1,74	10,218	<0,001	0,385	<0,001	0,122	3 > 1
CİŞS – Ş	2,57 ± 1,38	2,34 ± 1,40	3,04 ± 1,19	5,596	0,004	0,533	0,015	0,010	3 > 1 = 2
CİŞS – S	1,57 ± 1,63	1,85 ± 1,70	1,87 ± 1,66	1,293	0,276	0,554	0,318	0,991	1 = 2 = 3
CİŞS – T	8,69 ± 3,74	9,21 ± 4,03	10,32 ± 4,03	5,714	0,004	0,686	0,002	0,240	3 > 1
Anksiyete Bozukluğu (n ₁ = 240; n ₂ = 84; n ₃ = 16)									
CİŞS – Y	2,97 ± 1,64	3,30 ± 1,65	3,06 ± 1,91	1,258	0,286	0,253	0,977	0,849	1 = 2 = 3
CİŞS – Z	1,60 ± 1,79	1,57 ± 1,58	1,87 ± 1,85	0,205	0,815	0,985	0,825	0,800	1 = 2 = 3
CİŞS – Ş	2,71 ± 1,42	2,52 ± 1,16	2,75 ± 1,23	0,657	0,519	0,502	0,995	0,814	1 = 2 = 3
CİŞS – S	1,61 ± 1,63	1,94 ± 1,72	1,62 ± 1,58	1,239	0,291	0,262	1,000	0,764	1 = 2 = 3
CİŞS – T	9,14 ± 3,89	9,38 ± 3,99	9,43 ± 4,11	0,138	0,872	0,885	0,956	0,998	1 = 2 = 3

(*) Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

(**) Tukey’in post hoc testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Veriler ortalama ± standart sapma şeklinde sunulmuştur.

Kısaltmalar: CiŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CiŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CiŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CiŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CiŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CiŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru

Nitelikli cinsel istismara uğramış olgularda MDB ve TSSB tanıları basit cinsel istismara uğramış olgulara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır (sırasıyla; $\chi^2 = 12,325$, $p = 0,002$; $\chi^2 = 11,915$, $p = 0,003$; bkz. Tablo 53). Ancak AB tanısı açısından nitelikli cinsel istismara uğrayan ve uğramayan olgular arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 53. Cinsel istismar tipi ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları arasındaki ilişki ($n = 340$)

Psikiyatrik bozukluk	Derecesi	İstismar tipi		χ^2	df	p*
		Basit N (%)	Nitelikli N (%)			
Major Depresif Bozukluk	Yok	125 (65,1)	70 (47,3)	12,325	2	0,002
	Eşik altı	28 (14,6)	25 (16,9)			
	Var	39 (20,3)	53 (35,8)			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Yok	119 (62,0)	80 (54,1)	11,915	2	0,003
	Eşik altı	33 (17,2)	14 (9,5)			
	Var	40 (20,8)	54 (36,5)			
Anksiyete Bozukluğu	Yok	126 (65,6)	114 (77,0)	5,970	2	0,051
	Eşik altı	57 (29,7)	27 (18,2)			
	Var	9 (4,7)	7 (4,7)			
(*) Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.						
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).						

Zincirleme cinsel istismara uğramış olgularda MDB tanısı uğramamış olgulara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır ($\chi^2 = 10,348$, $p = 0,006$; bkz. Tablo 54). Ancak TSSB ve AB tanıları açısından zincirleme cinsel istismara uğrayan ve uğramayan olgular arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$).

Fail sayısı 1 kişi olan olgular ve fail sayısı 2 ya da daha fazla kişiden oluşan olgular arasında ise MDB, AB ve TSSB tanıları fail sayısı 2 ya da daha fazla kişiden oluşan olgularda daha fazla oranda görülse de iki grup arasında bu tanıların görülme oranları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz tablo 55).

Tablo 54. Zincirleme cinsel istismar ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları arasındaki ilişki

Psikiyatrik bozukluk	Derecesi	Zincirleme istismar		χ^2	df	p*
		Yok N (%)	Var N (%)			
Major Depresif Bozukluk	Yok	133 (63,9)	62 (47,0)	10,348	2	0,006
	Eşik altı	30 (14,4)	23 (17,4)			
	Var	45 (21,6)	47 (35,6)			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Yok	130 (62,5)	69 (52,3)	3,614	2	0,166
	Eşik altı	27 (13,0)	20 (15,2)			
	Var	51 (24,5)	43 (32,6)			
Anksiyete Bozukluğu	Yok	155 (74,5)	85 (64,4)	4,072	2	0,130
	Eşik altı	44 (21,2)	40 (30,3)			
	Var	9 (4,3)	7 (5,3)			

(*) Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 55. Fail sayısı ile major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları arasındaki ilişki

Psikiyatrik bozukluk	Derecesi	CİŞS – F		χ^2	df	p*
		1 kişi N (%)	2 ya da daha fazla kişi N (%)			
Major Depresif Bozukluk	Yok	160 (57,8)	35 (55,6)	0,113	2	0,943
	Eşik altı	43 (15,5)	10 (15,9)			
	Var	74 (26,7)	18 (28,6)			
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	Yok	161 (58,1)	38 (60,3)	0,478	2	0,799
	Eşik altı	40 (14,4)	7 (11,1)			
	Var	76 (27,4)	18 (28,6)			
Anksiyete Bozukluğu	Yok	190 (68,6)	50 (79,4)	4,686	2	0,083
	Eşik altı	75 (27,1)	9 (14,3)			
	Var	12 (4,3)	4 (6,3)			

(*) Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı

6.7.3. Cinsel İstismar Şiddeti ile Psikiyatrik Tanı Alma & Ruh Sağlığında Bozulma Arasındaki İlişki

Tablo 56’da da görüldüğü üzere cinsel istismar şiddeti skorları ile psikiyatrik değerlendirme sonucu tanı alıp almama durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde CİŞS – Z ($Z = -4,822$, $p < 0,001$), CİŞS – Ş ($Z = -4,404$, $p < 0,001$), CİŞS – S ($Z = -2,677$, $p = 0,007$) ve CİŞS – T ($Z = -4,106$, $p < 0,001$) puanları psikiyatrik tanısı olan olgularda olmayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 56. Cinsel İstismar şiddeti skorları ile psikiyatrik değerlendirme sonucu tanı alıp almama durumu arasındaki ilişki ($n = 340$)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Psikiyatrik tanı yok ($n = 148$)		Psikiyatrik tanı var ($n = 192$)		Test istatistikleri	p^*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	3,00	3,00	2,00	$Z = -1,457$	0,145
CİŞS – Z	0,00	2,00	2,00	4,00	$Z = -4,822$	<0,001
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	$Z = -4,404$	<0,001
CİŞS – S	1,00	3,00	2,00	4,00	$Z = -2,677$	0,007
CİŞS – T	8,00	5,00	10,00	6,00	$Z = -4,106$	<0,001
(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru						

Tablo 57’de görüldüğü üzere olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular içinde cinsel istismar şiddeti skorları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde CİŞS – Z ($Z = -4,878$, $p < 0,001$), CİŞS – Ş ($Z = -3,738$, $p < 0,001$), CİŞS – S ($Z = -3,251$, $p = 0,001$) ve CİŞS – T ($Z = -4,564$, $p < 0,001$) puanları olaydan sonra psikiyatrik tanı alan olgularda tanı almayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 58’de görüldüğü üzere cinsel istismar şiddeti skorları ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde CİŞS – Z ($Z = -6,585$, $p < 0,001$), CİŞS – Ş ($Z = -3,563$, $p < 0,001$), CİŞS – S ($Z = -3,869$, $p < 0,001$) ve CİŞS – T ($Z = -5,440$, $p < 0,001$) puanları ruh sağlığında bozulma saptanan olgularda bozulma saptanmayan olgulara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 57. Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular içinde cinsel istismar şiddeti skorları ile psikiyatrik tanı alma durumu arasındaki ilişki (n = 220)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular (n = 220)				Test istatistikleri	p*
	Olaydan sonra psikiyatrik tanısı yok (n = 130)		Olaydan sonra psikiyatrik tanısı var (n = 90)			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	3,00	3,00	3,00	-0,432	0,666
CİŞS – Z	0,00	2,00	2,00	4,00	-4,878	<0,001
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	-3,738	<0,001
CİŞS – S	1,00	3,00	3,00	4,00	-3,251	0,001
CİŞS – T	8,00	6,00	11,00	6,25	-4,564	<0,001

(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru

Tablo 58. Cinsel İstismar şiddeti skorları ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişki (n = 198)

Cinsel İstismar Şiddeti Skorları	Ruh sağlığında bozulma (n = 198)				Test istatistikleri	p*
	Yok (n = 141)		Var (n = 57)			
	Medyan	IQR	Medyan	IQR		
CİŞS – Y	3,00	3,00	3,00	2,50	-0,261	0,794
CİŞS – Z	0,00	2,00	4,00	2,00	-6,585	<0,001
CİŞS – Ş	2,00	2,00	4,00	2,00	-3,563	<0,001
CİŞS – S	1,00	3,00	3,00	3,50	-3,869	<0,001
CİŞS – T	8,00	5,00	12,00	6,00	-5,440	<0,001

(*) Mann-Whitney u testi uygulanmıştır.

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru

Tablo 59. Psikiyatrik tanı alma, olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ve ruh sağlığında bozulma değişkenlerinin istismar tipi ile ilişkisi

İstismar tipi	Basit	Nitelikli	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Psikiyatrik tanı ¹					
Yok	102 (53,1)	46 (31,1)	16,522	1	<0,001
Var	90 (46,9)	102 (68,9)			
Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı ²					
Yok	94 (67,6)	36 (44,4)	11,377	1	0,001
Var	45 (32,4)	45 (55,6)			
Ruh sağlığında bozulma ³					
Yok	97 (78,9)	44 (58,7)	9,269	1	0,003
Var	26 (21,1)	31 (41,3)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 340; ² n = 220; ³ n = 198 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

Nitelikli cinsel istismara uğramış olguların psikiyatrik tanı alma ($\chi^2 = 16,522$, $p < 0,001$), olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ($\chi^2 = 11,377$, $p = 0,001$) ve ruh sağlığında bozulma ($\chi^2 = 9,269$, $p = 0,003$) oranları basit cinsel istismara uğramış olguların oranlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 59).

Zincirleme cinsel istismara uğramış olguların olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ($\chi^2 = 12,384$, $p = 0,001$) ve ruh sağlığında bozulma ($\chi^2 = 15,203$, $p < 0,001$) oranları zincirleme cinsel istismara uğramamış olguların oranlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 60).

Tablo 60. Psikiyatrik tanı alma, olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ve ruh sağlığında bozulma değişkenlerinin zincirleme istismar ile ilişkisi

Zincirleme istismar	Yok	Var	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Psikiyatrik tanı ¹					
Yok	99 (47,6)	49 (37,1)	3,605	1	0,072
Var	109 (52,4)	83 (62,9)			
Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı ²					
Yok	86 (69,4)	44 (45,8)	12,384	1	0,001
Var	38 (30,6)	52 (54,2)			
Ruh sağlığında bozulma ³					
Yok	101 (80,8)	40 (54,8)	15,203	1	<0,001
Var	24 (19,2)	33 (45,2)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 340; ² n = 220; ³ n = 198 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).					

Fail sayısı 2 ya da daha fazla kişiden oluşan olguların psikiyatrik tanı alma ($\chi^2 = 8,612$, $p = 0,005$) ve olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ($\chi^2 = 4,335$, $p = 0,044$) oranları fail sayısı 1 kişiden oluşan olguların oranlarından anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 61).

Tablo 61. Psikiyatrik tanı alma, olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı alma ve ruh sağlığında bozulma değişkenlerinin fail sayısı ile ilişkisi

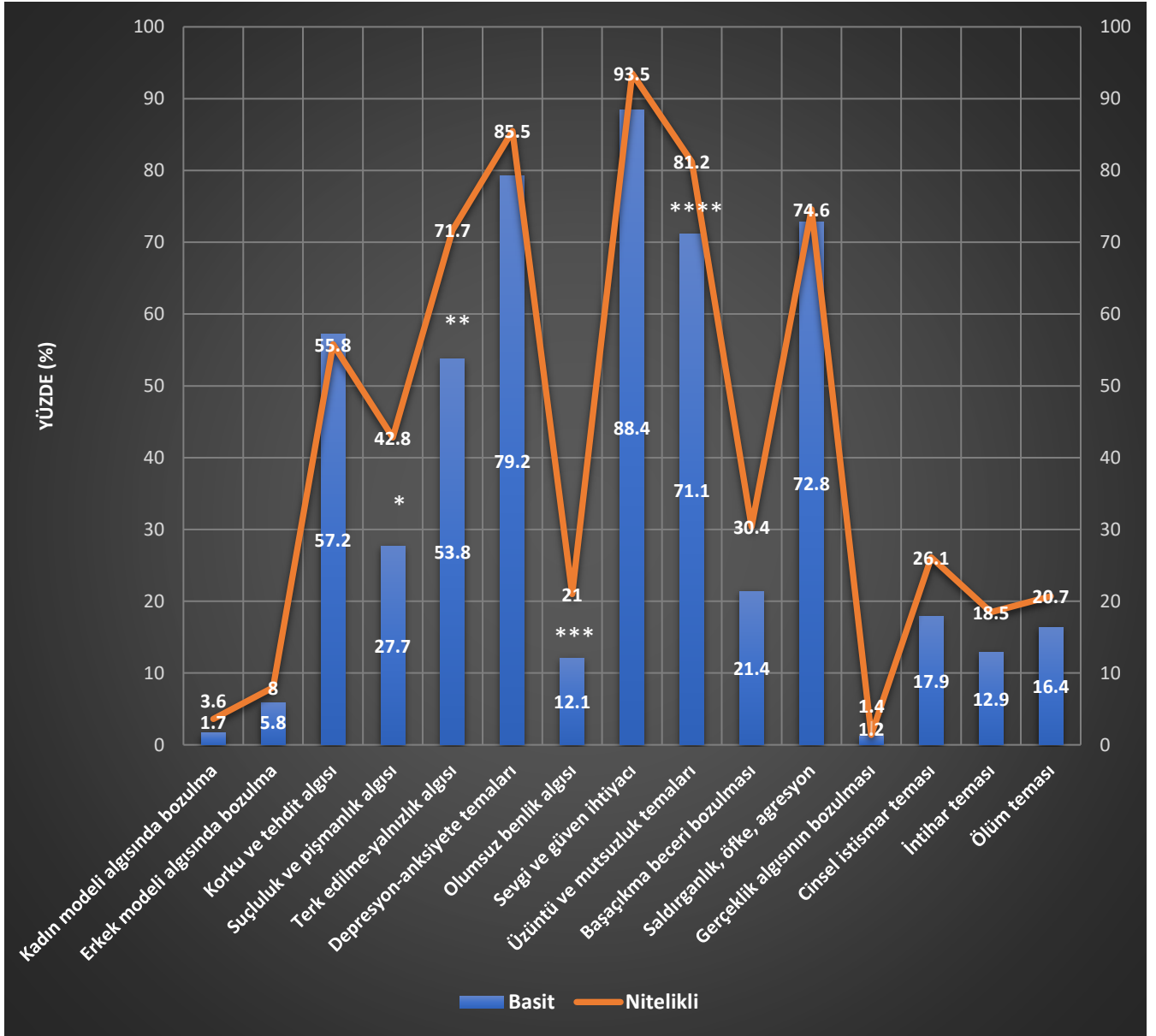
CİŞS – F	1 kişi	2 veya daha fazla kişi	χ^2	df	p*
	N (%)	N (%)			
Psikiyatrik tanı ¹					
Yok	131 (47,3)	17 (27,0)	8,612	1	0,005
Var	146 (52,7)	46 (73,0)			
Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda olay sonrası psikiyatrik tanı ²					
Yok	118 (61,8)	12 (41,4)	4,335	1	0,044
Var	73 (38,2)	17 (58,6)			
Ruh sağlığında bozulma ³					
Yok	122 (73,9)	19 (57,6)	3,592	1	0,090
Var	43 (26,1)	14 (42,4)			
*Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ¹ n = 340; ² n = 220; ³ n = 198 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı.					

6.7.4. Cinsel İstismar Şiddeti ile TAT Profilleri Arasındaki İlişki

Örneklemdaki olgularda istismar tipi ile TAT temaları arasındaki ilişki Şekil 7’de sunulmuştur. Nitelikli istismara uğramış olgularda suçluluk ve pişmanlık algısı ($\chi^2 = 7,662$, $p = 0,006$), terk edilme-yalnızlık algısı ($\chi^2 = 10,508$, $p = 0,001$), olumsuz benlik algısı ($\chi^2 = 4,482$, $p = 0,043$) ve üzüntü ve mutsuzluk temaları ($\chi^2 = 4,208$, $p = 0,046$) basit cinsel istismara uğramış olgulara kıyasla anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

Örneklemdaki olgularda zincirleme istismar ile TAT temaları arasındaki ilişki ise Şekil 8’de sunulmuştur. Zincirleme istismara uğramış olgularda terk edilme-yalnızlık algısı ($\chi^2 = 9,320$, $p = 0,003$) ve olumsuz benlik algısı ($\chi^2 = 4,725$, $p = 0,040$) zincirleme istismara uğramamış olgulara kıyasla anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır.

Şekil 7. Örneklemdeki olgularda istismar tipi ile TAT temaları arasındaki ilişki (n = 311)



Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

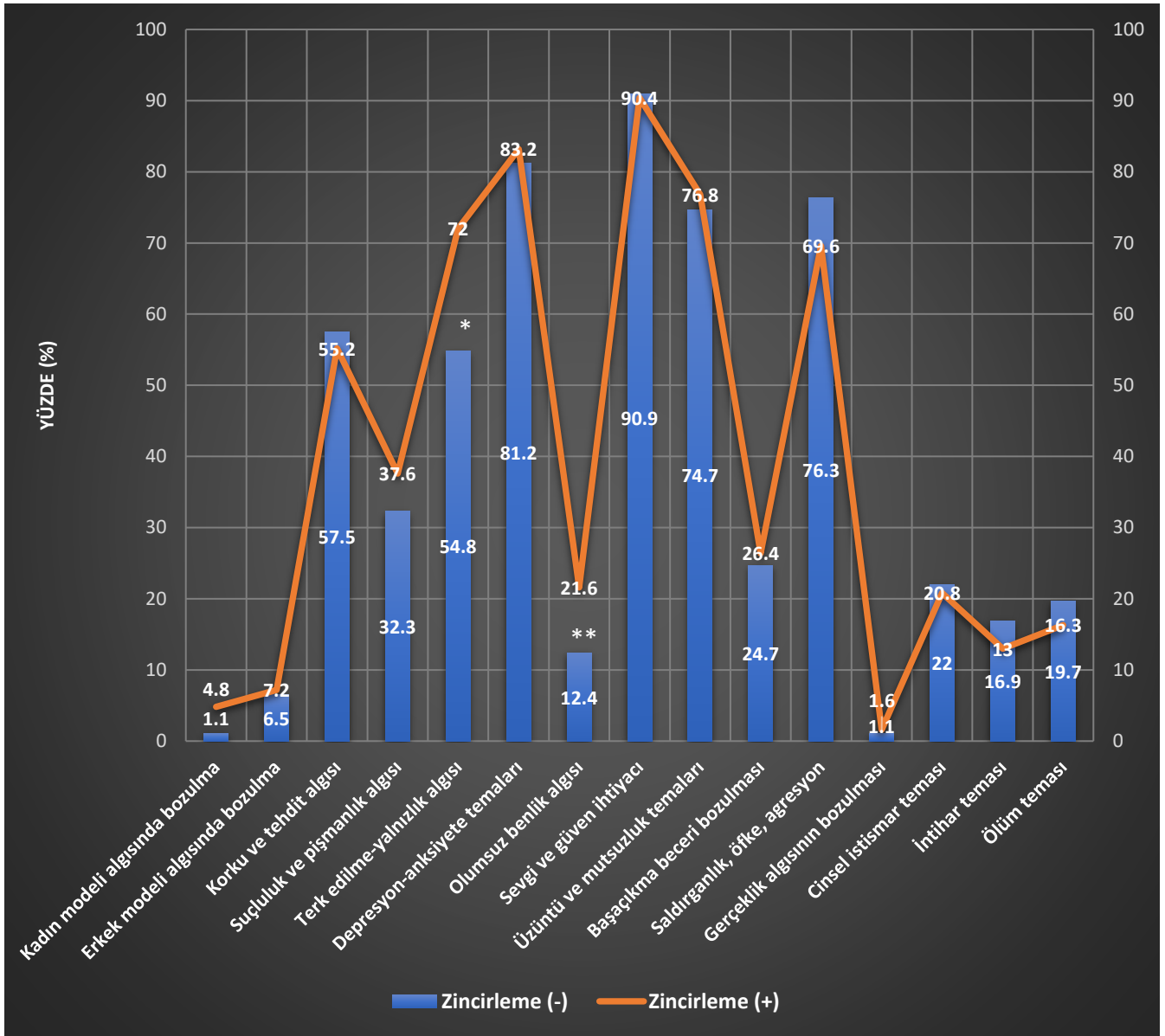
(*) $\chi^2 = 7,662$; $df = 1$; $p = 0,006$

(**) $\chi^2 = 10,508$; $df = 1$; $p = 0,001$

(***) $\chi^2 = 4,482$; $df = 1$; $p = 0,043$

(****) $\chi^2 = 4,208$; $df = 1$; $p = 0,046$

Şekil 8. Örneklemdeki olgularda zincirleme istismar ile TAT temaları arasındaki ilişki (n = 311)



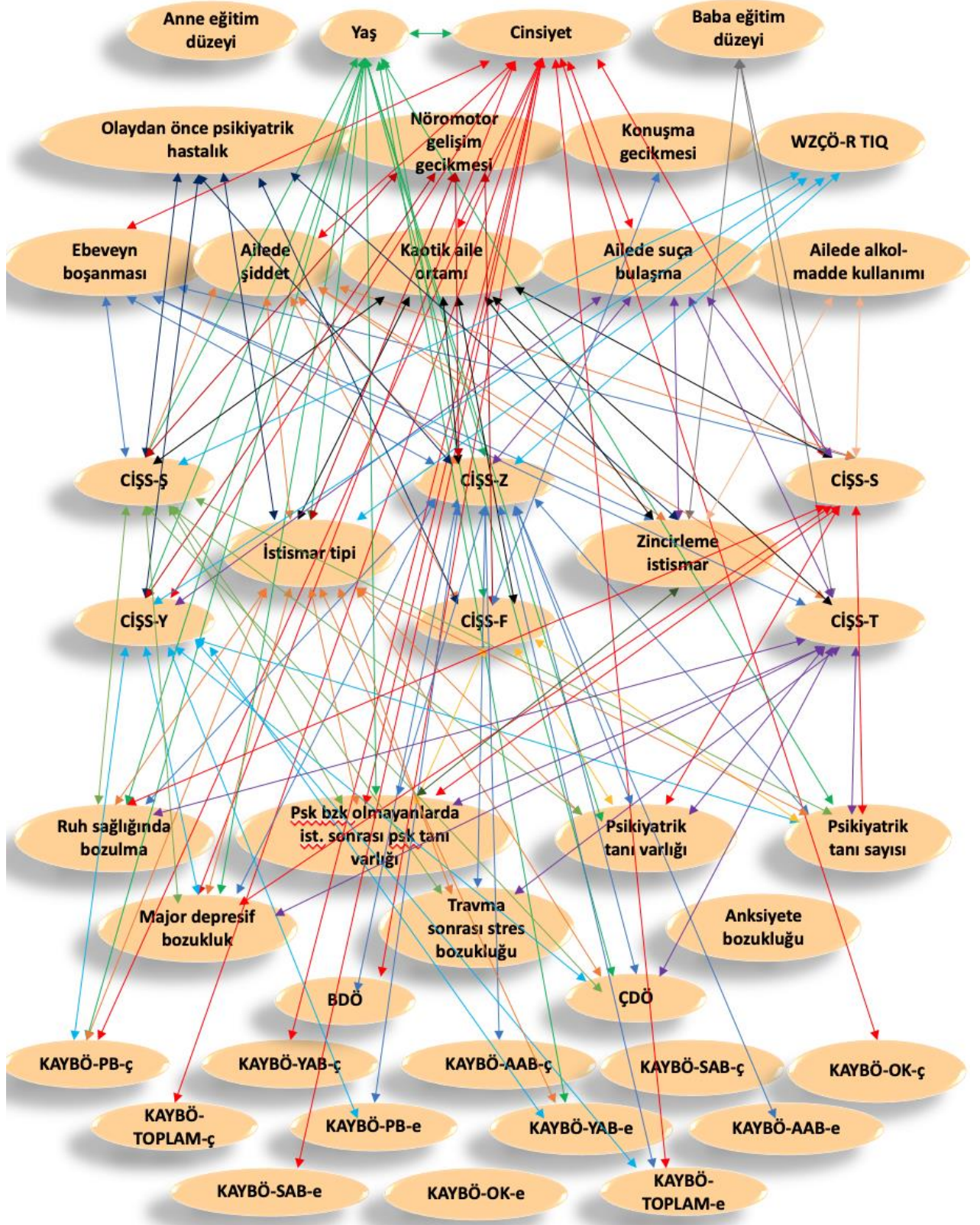
Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

(*) $\chi^2 = 9,320$; $df = 1$; $p = 0,003$

(**) $\chi^2 = 4,725$; $df = 1$; $p = 0,040$

Şu ana kadar yapılan analizlerde değişkenler arasındaki ilişkiler regresyon modellerine sokulmadan önce cinsel istismar şiddetine yönelik, olguların sosyodemografik, psikososyal, gelişimsel ve ruhsal özelliklerine yönelik ve istismar sonrasında saptanan ruhsal sonuçlara yönelik özellikler arasındaki nedensellik ilişkileri Şekil 9'da özetlenmiştir.

Şekil 9. Regresyon modellerinden önce değişkenler arası nedensellik ilişkileri



Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS-F: Fail Sayısı; CİŞS-T: Toplam Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği; KAYBÖ...-ç: Çocuk tarafından puanlanan KAYBÖ; KAYBÖ...-e: Ebeveyn tarafından puanlanan KAYBÖ

6.8. Karıştırıcı Faktörlerin Tespit Edilmesi

Regresyon analizlerine geçmeden önce ölçek puanları, psikiyatrik tanı alma durumu ve ruh sağlığında bozulma durumu sonuçlarını etkileme potansiyeli olan WZÇÖ-R Total IQ, olaydan önce psikiyatrik hastalık olması durumu, ilaç tedavisi alma durumu gibi bazı karıştırıcı (confounding) faktörlerin varlığı uygun olan testlerle tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu faktörler her bir bağımlı değişken için tespit edildikten sonra regresyon analizlerine geçilmiştir. WZÇÖ-R TIQ puanı ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – YAB ve KAY-BÖ – OK puanlarıyla, ÇDÖ puanlarıyla ve psikiyatrik tanı sayısı ile negatif yönde korelasyon göstermiştir ($r = -0,189$ - - $0,327$, tüm p değerleri $< 0,05$; bkz Tablo 62).

Tablo 62. WZÇÖ-R TIQ puanları ile anksiyete, depresyon puanları ve psikiyatrik tanı sayısı arasındaki ilişki

WZÇÖ-R TIQ	Korelasyon katsayısı (r)	p*
KAY-BÖ – PB puan (çocuk) ¹	-0,123	0,119
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk) ¹	-0,035	0,657
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk) ¹	-0,074	0,350
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk) ¹	0,025	0,754
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk) ¹	-0,067	0,395
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk) ¹	-0,063	0,430
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn) ²	-0,144	0,135
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn) ²	-0,189	0,049
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn) ²	-0,138	0,149
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn) ²	-0,112	0,246
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn) ²	-0,317	0,001
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn) ²	-0,185	0,053
BDÖ puanı ³	-0,140	0,052
ÇDÖ puanı ⁴	-0,327	0,001
Psikiyatrik tanı sayısı ⁵	-0,239	<0,001
(*) Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır; ¹ n = 164; ² n = 111; ³ n = 194; ⁴ n = 100; ⁵ n = 340 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: WZÇÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği		

WZÇÖ-R TIQ puanları ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanılar ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında yalnızca psikiyatrik değerlendirme sonucu psikiyatrik tanı saptanan olguların WZÇÖ-R TIQ puanı saptanmayanlarından anlamlı olarak düşük çıkmıştır ($Z = -4,139$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 63). Diğer psikiyatrik sonuçlar ile WZÇÖ-R TIQ arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri $> 0,05$); bkz Tablo 63.

Tablo 63. WZÇÖ-R TIQ puanları ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanılar ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişki

		WZÇÖ-R TIQ		Test istatistikleri	p
		Medyan	IQR		
Psikiyatrik tanı ¹	Yok	87,00	29,00	Z = -4,139	<0,001 ^a
	Var	74,00	33,00		
Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda psikiyatrik tanı ²	Yok	88,00	30,50	Z = -1,194	0,233 ^a
	Var	84,00	27,25		
Ruh sağlığında bozulma ³	Yok	87,00	30,50	Z = -1,259	0,208 ^a
	Var	80,00	30,00		
Major Depresif Bozukluk ¹	Yok	82,00	34,00	$\chi^2 = 1,261$	0,532 ^b
	Eşik altı	76,00	33,50		
	Var	79,00	28,75		
Anksiyete Bozukluğu ¹	Yok	78,50	33,00	$\chi^2 = 5,641$	0,060 ^b
	Eşik altı	86,50	31,75		
	Var	87,00	25,00		
Travma Sonrası Stres Bozukluğu ¹	Yok	79,00	35,00	$\chi^2 = 2,401$	0,301 ^b
	Eşik altı	85,00	31,00		
	Var	81,00	28,00		

^a Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ^b Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

¹ n = 340; ² n = 220; ³ n = 198. Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı olan ve olmayan olgular arasında hiçbir KAY-BÖ puanı ve BDÖ puanı açısından anlamlı fark saptanmamış olup (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz. Tablo 64) yalnızca ÇDÖ puanları ve psikiyatrik tanı sayısı olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olan olgularda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla; $p = 0,030$; $p < 0,001$; bkz. Tablo 64). Tablo 65'te görüldüğü üzere olaydan önce psikiyatrik bozukluğu bulunan olguların değerlendirme sonucunda psikiyatrik tanı alma oranı olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmamış olgularinkine göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p < 0,001$). Olaydan önce MDB tanısı bulunan olguların yapılan değerlendirmede geçmişte MDB tanısı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda MDB tanısına sahip olduğu ($p = 0,032$), olaydan önce AB tanısı bulunan olguların yapılan değerlendirmede geçmişte AB tanısı olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda AB tanısına sahip olduğu ($p < 0,001$), ancak olaydan önce psikiyatrik bozukluk bulunan olguların yapılan değerlendirmede geçmişte psikiyatrik bozukluğu bulunmayan olgulara göre anlamlı olarak daha düşük oranda eşik altı TSSB ve eşik düzey TSSB tanısına sahip olduğu saptanmıştır ($p = 0,005$). Olaydan önce TSSB tanısına sahip hiçbir olguya rastlanmadığı için adli poliklinik değerlendirmesinde alınan TSSB tanısı ile olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı karşılaştırılmıştır.

İlaç tedavisi alan ve almayan olgular arasında hiçbir KAY-BÖ puanı açısından anlamlı fark saptanmamış olup (tüm p değerleri $> 0,05$; bkz. Tablo 64) BDÖ, ÇDÖ puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ilaç tedavisi alan olgularda almayanlarınkine kıyasla anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla; $p = 0,013$; $p = 0,001$; $p < 0,001$; bkz. Tablo 64). Ayrıca ilaç tedavisi alan olguların değerlendirme sonucunda psikiyatrik tanı alma, olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayanlar içinde yeni psikiyatrik tanı alma, ruh sağlığında bozulma, MDB tanısı alma, TSSB tanısı alma ve AB tanısı alma oranları ilaç tedavisi almayan olgularinkine kıyasla daha yüksektir ve bu fark hepsi için istatistiksel olarak anlamlıdır (tüm p değerleri $< 0,05$; bkz. Tablo 65).

Tablo 64. Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilaç tedavisi alma durumunun depresyon, anksiyete puanları ve psikiyatrik tanı sayısı ile arasındaki ilişkiler

	Olaydan önce psikiyatrik hastalık		p	İlaç tedavisi alma durumu		p
	Yok	Var		Yok	Var	
KAY-BÖ – PB puan (çocuk) ¹	8,00 [11,00]	9,00 [11,75]	0,336 ^a	8,00 [13,00]	9,00 [9,00]	0,340 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (çocuk) ¹	7,50 [8,50]	6,00 [8,00]	0,547 ^a	7,00 [8,50]	7,00 [7,00]	0,903 ^a
KAY-BÖ – AAB puanı (çocuk) ¹	6,00 [6,00]	6,00 [6,75]	0,849 ^a	6,00 [6,00]	7,50 [7,00]	0,239 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (çocuk) ¹	8,00 [7,00]	7,00 [6,75]	0,164 ^a	7,00 [6,75]	8,00 [7,00]	0,864 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (çocuk) ¹	2,00 [3,75]	2,00 [4,00]	0,690 ^a	2,00 [4,00]	2,00 [3,00]	0,329 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (çocuk) ¹	33,53 ± 17,81	33,32 ± 19,53	0,944 ^b	32,69 ± 18,47	34,28 ± 18,39	0,584 ^b
KAY-BÖ – PB puanı (ebeveyn) ²	5,50 [9,00]	8,00 [11,50]	0,142 ^a	6,00 [9,00]	7,00 [10,75]	0,301 ^a
KAY-BÖ – YAB puanı (ebeveyn) ²	5,00 [8,25]	8,00 [8,00]	0,119 ^a	5,00 [11,00]	6,00 [7,75]	0,506 ^a
KAY-BÖ – AAB puanı (ebeveyn) ²	6,00 [7,00]	5,00 [6,50]	0,762 ^a	6,00 [7,00]	5,50 [5,75]	0,927 ^a
KAY-BÖ – SAB puanı (ebeveyn) ²	7,50 [8,25]	6,00 [6,00]	0,644 ^a	6,00 [9,00]	6,50 [6,00]	0,903 ^a
KAY-BÖ – OK puanı (ebeveyn) ²	1,00 [3,00]	2,00 [4,00]	0,102 ^a	1,00 [3,00]	2,00 [4,00]	0,054 ^a
KAY-BÖ – Toplam puanı (ebeveyn) ²	27,52 ± 18,86	31,36 ± 19,79	0,312 ^b	27,66 ± 19,29	30,40 ± 19,21	0,456 ^b
BDÖ puanı ³	17,00 [22,50]	17,50 [23,75]	0,575 ^a	15,00 [20,00]	22,00 [22,25]	0,013^a
ÇDÖ puanı ⁴	8,50 [9,50]	12,50 [11,75]	0,030^a	8,00 [9,00]	14,00 [18,00]	0,001^a
Psikiyatrik tanı sayısı ⁵	0,00 [2,00]	2,00 [1,75]	<0,001^a	0,00 [1,00]	2,00 [1,00]	<0,001^a

^a Mann-Whitney u testi uygulanmıştır. ^b Bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan [çeyrekler arası genişlik (IQR)] şeklinde sunulmuştur.

¹ n = 164; ² n = 111; ³ n = 194; ⁴ n = 100; ⁵ n = 340

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu; OK: Okul Korkusu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Tablo 65. Olaydan önce psikiyatrik bozukluk varlığı ve ilaç tedavisi alma durumu ile olgularda tespit edilen psikiyatrik tanılar ile ruh sağlığında bozulma durumu arasındaki ilişkiler

		Olaydan önce psikiyatrik hastalık		p	İlaç tedavisi alma durumu		p
		Yok N (%)	Var N (%)		Yok N (%)	Var N (%)	
Psikiyatrik tanı ¹	Yok	130 (59,1)	18 (15,0)	<0,001 ^a	117 (61,3)	31 (20,8)	<0,001 ^a
	Var	90 (40,9)	102 (85,0)		74 (38,7)	118 (79,2)	
Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda psikiyatrik tanı ²	Yok	130 (59,1)	-	-	108 (71,5)	22 (31,9)	<0,001 ^a
	Var	90 (40,9)	-		43 (28,5)	47 (68,1)	
Ruh sağlığında bozulma ³	Yok	105 (70,9)	36 (72,0)	1,000 ^a	99 (87,6)	42 (49,4)	<0,001 ^a
	Var	43 (29,1)	14 (28,0)		14 (12,4)	43 (50,6)	
	Olaydan önce major depresif bozukluk						
Major Depresif Bozukluk ¹	Yok	191 (58,6)	3 (21,4)	0,032 ^b	129 (67,5)	66 (44,3)	<0,001 ^a
	Eşik altı	49 (15,0)	4 (28,6)		23 (12,0)	30 (20,1)	
	Var	86 (26,4)	7 (50,0)		39 (20,4)	53 (35,6)	
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık						
Travma Sonrası Stres Bozukluğu ¹	Yok	117 (53,2)	82 (68,3)	0,005 ^a	131 (68,6)	68 (45,6)	<0,001 ^a
	Eşik altı	39 (17,7)	8 (6,7)		24 (12,6)	23 (15,4)	
	Var	64 (29,1)	30 (25,0)		36 (18,8)	58 (43,8)	
	Olaydan önce anksiyete bozukluğu						
Anksiyete Bozukluğu ¹	Yok	239 (72,0)	1 (12,5)	<0,001 ^b	139 (72,8)	101 (67,8)	0,040 ^a
	Eşik altı	81 (24,4)	3 (37,5)		48 (25,1)	36 (24,2)	
	Var	12 (3,6)	4 (50,0)		4 (2,1)	12 (8,1)	

^a Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. ^b Fisher'in Exact testi uygulanmıştır.

¹ n = 340; ² n = 220; ³ n = 198. Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

6.9. Regresyon Modelleri

6.9.1. Anksiyete ve Depresyon Puanlarını Yordayıcı Faktörler

KAY-BÖ, BDÖ ve ÇDÖ puanları ve alt ölçek puanları bağımlı değişkenler olacak şekilde, bu değişkenlerle birinci basamak analizlerde ilişki saptanan değişkenler ise bağımsız değişkenler olacak şekilde ve bağımlı değişkenlerle aralarında karıştırıcı etki saptanan karıştırıcı değişkenler de modellerde kontrol edilmek suretiyle birden çok model sunularak *çoklu doğrusal regresyon modelleri* oluşturulmuştur.

6.9.1.1. KAY-BÖ

Çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – PB puanını yordayan faktörler 5 modelde ele alınmıştır. 5. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %3,7'sini açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,037$). Bu modele göre nitelikli istismar, yaş, CİŞS – Y puanı ve olay zamanındaki yaş bağımsız değişkenlerinin KAY-BÖ – PB (çocuk) puanlarını yordamadığı ancak cinsiyetin (referans kategori: kız) anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerin KAY-BÖ – PB (çocuk) ortalaması 3,177 birim düşük bulunmuştur ($\beta = -0,161$, $p = 0,041$; bkz. Tablo 66).

Tablo 66. KAY-BÖ PB (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ PB (çocuk)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	13,521	1,835		7,370	<0,001
	Cinsiyet	-3,386	1,529	-0,171	-2,214	0,028
2	(Sabit)	8,579	2,955		2,903	0,004
	Cinsiyet	-3,042	1,512	-0,154	-1,999	0,047
	Olay zamanındaki yaş	0,030	0,014	0,163	2,119	0,036
3	(Sabit)	14,625	7,320		1,998	0,047
	Cinsiyet	-3,156	1,528	-0,160	-2,066	0,040
	Olay zamanındaki yaş	0,004	0,032	0,022	0,124	0,901
	CİŞS – Y	-0,700	0,775	-0,157	-0,903	0,368
4	(Sabit)	15,291	7,564		2,021	0,045
	Cinsiyet	-3,218	1,542	-0,163	-2,088	0,038
	Olay zamanındaki yaş	0,012	0,039	0,066	0,308	0,758
	CİŞS – Y	-0,699	0,777	-0,157	-0,899	0,370
	Yaş	-0,010	0,028	-0,052	-0,364	0,716
5	(Sabit)	14,735	1,593		1,940	0,054
	Cinsiyet	-3,177	1,543	-0,161	-2,059	0,041
	Olay zamanındaki yaş	0,009	0,039	0,050	0,235	0,814
	CİŞS – Y	-0,693	0,778	-0,156	-0,891	0,374
	Yaş	-0,014	0,029	-0,070	-0,482	0,630
	İstismar tipi	1,103	1,219	0,077	0,905	0,367
Model 1: $R^2 = 0,029$, $F = 4,901$, $p = 0,028$ Model 2: Adjusted $R^2 = 0,044$, $F = 4,749$, $p = 0,010$ Model 3: Adjusted $R^2 = 0,043$, $F = 3,434$, $p = 0,018$ Model 4: Adjusted $R^2 = 0,038$, $F = 2,595$, $p = 0,039$ Model 5: Adjusted $R^2 = 0,037$, $F = 2,237$, $p = 0,046$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk.						

Çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – YAB puanını yordayan faktörler tek modelde ele alınmıştır. Bu modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişkenin %3,6'sini açıklayabildiği görülmüştür ($R^2 = 0,036$). Bu modele göre cinsiyetin (referans kategori: kız) KAY-BÖ – YAB (çocuk) puanını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerin KAY-BÖ – YAB (çocuk) ortalaması 2,631 birim düşük bulunmuştur ($\beta = -0,189$, $p = 0,019$; bkz. Tablo 67).

Tablo 67. KAY-BÖ YAB (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ YAB (çocuk)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	10,595	1,293		8,193	<0,001
	Cinsiyet	-2,631	1,077	-0,189	-2,443	0,016
Model 1: $R^2 = 0,036$, $F = 5,966$, $p = 0,016$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz bildirim Ölçeği; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu						

Çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanını yordayan faktörler tek modelde ele alınmıştır. Bu modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişkenin %2,1'ini açıklayabildiği görülmüştür ($R^2 = 0,021$). Bu modele göre CİŞS – Z puanının KAY-BÖ – AAB (çocuk) puanını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre CİŞS – Z puanındaki 1 birimlik SS artışı KAY-BÖ – AAB (çocuk) puanında 0,146 birimlik SS artışına yol açmaktadır ($\beta = 0,146$, $p = 0,041$; bkz. Tablo 68).

Tablo 68. KAY-BÖ AAB (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ AAB (çocuk)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	6,282	0,427		14,698	<0,001
	CİŞS – Z	0,347	0,184	0,146	1,885	0,041
Model 1: $R^2 = 0,021$, $F = 3,555$, $p = 0,041$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz bildirim Ölçeği; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı						

Çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – OK puanını yordayan faktörler tek modelde ele alınmıştır. Bu modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişkenin %2,5'ini açıklayabildiği görülmüştür ($R^2 = 0,025$). Bu modele göre cinsiyetin (referans kategori: kız) KAY-BÖ – OK (çocuk) puanını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerin KAY-BÖ – OK (çocuk) ortalaması 0,930 birim düşük bulunmuştur ($\beta = -0,157$, $p = 0,045$; bkz. Tablo 69).

Tablo 69. KAY-BÖ OK (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ OK (çocuk)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	3,401	0,553		6,153	<0,001
	Cinsiyet	-0,930	0,461	-0,157	-2,108	0,045
Model 1: $R^2 = 0,025$, $F = 4,071$, $p = 0,045$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbebildirim Ölçeği; OK: Okul Korkusu						

Çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – Toplam puanını yordayan faktörler tek modelde ele alınmıştır. Bu modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişkenin %3,2'sini açıklayabildiği görülmüştür ($R^2 = 0,032$). Bu modele göre cinsiyetin (referans kategori: kız) KAY-BÖ – Toplam (çocuk) puanını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerin KAY-BÖ – Toplam (çocuk) ortalaması 9,292 birim düşük bulunmuştur ($\beta = -0,180$, $p = 0,022$; bkz. Tablo 70).

Tablo 70. KAY-BÖ Toplam (çocuk) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ Toplam (çocuk)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	44,125	4,826		9,144	<0,001
	Cinsiyet	-9,292	4,015	-0,180	-2,314	0,022
Model 1: $R^2 = 0,032$, $F = 5,355$, $p = 0,022$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbebildirim Ölçeği						

Ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – PB puanını yordayan faktörler 2 modelde ele alınmıştır. 1. modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişkenin %4,3'ünü açıklayabildiği görülmüştür ($R^2 = 0,043$). Bu modele göre CİŞS – Y puanının tek bağımsız değişken olarak KAY-BÖ – PB (ebeveyn) puanlarını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür ($\beta = -0,207$, $p = 0,029$; bkz. Tablo 71). Ancak modele CİŞS – Z bağımsız değişken olarak eklenince CİŞS – Y ve CİŞS – Z puanlarının birlikte KAY-BÖ – PB (ebeveyn) puanlarını anlamlı olarak yordamadığı saptanmıştır ($p = 0,089$; bkz. Tablo 71).

Tablo 71. KAY-BÖ PB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ PB (ebeveyn)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	10,088	1,370		7,364	<0,001
	CİŞS – Y	-0,874	0,395	-0,207	-2,212	0,029
2	(Sabit)	8,623	1,595		5,405	<0,001
	CİŞS – Y	-0,731	0,400	-0,173	-1,829	0,070
	CİŞS – Z	0,647	0,370	0,166	1,747	0,083
Model 1: $R^2 = 0,043$, $F = 4,894$, $p = 0,029$ Model 2: Adjusted $R^2 = 0,052$, $F = 4,019$, $p = 0,089$ Kalin yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; PB: Panik Bozukluk.						

Ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – YAB puanını yordayan faktörler 2 modelde ele alınmıştır. 2. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %7,3'ünü açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,073$). Bu modele göre WZÇÖ-R TIQ puanı ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde nitelikli istismarın ve WZÇÖ-R TIQ puanının bağımsız değişkenler olarak KAY-BÖ – YAB (ebeveyn) puanlarını yordamadığı ancak yaşın anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre yaştaki 1 birimlik SS artışı KAY-BÖ – YAB (ebeveyn) puanında 0,242 birimlik SS artışına yol açmaktadır ($\beta = 0,242$, $p = 0,018$; bkz. Tablo 72).

Tablo 72. KAY-BÖ YAB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ YAB (ebeveyn)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	3,900	1,448		2,693	0,008
	Nitelikli cinsel istismar	1,900	1,002	0,180	1,897	0,060
2	(Sabit)	2,275	3,415		0,666	0,507
	Nitelikli cinsel istismar	0,689	1,068	0,065	0,645	0,520
	Yaş	0,393	0,163	0,242	2,413	0,018
	WZÇÖ-R TIQ	-0,025	0,024	-0,100	-1,041	0,300

Model 1: $R^2 = 0,032$, $F = 3,599$, $p = 0,060$
Model 2: Adjusted $R^2 = 0,073$, $F = 3,862$, $p = 0,011$
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).
Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz bildirim Ölçeği; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu;
WZÇÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient
(Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.

Ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanını yordayan faktörler tek modelde ele alınmıştır. Bu modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişkenin %4,5'ini açıklayabildiği görülmüştür ($R^2 = 0,045$). Bu modele göre CİŞS – Z puanının KAY-BÖ – AAB (ebeveyn) puanını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre CİŞS – Z puanındaki 1 birimlik SS artışı KAY-BÖ – AAB (ebeveyn) puanında 0,212 birimlik SS artışına yol açmaktadır ($\beta = 0,212$, $p = 0,026$; bkz. Tablo 73).

Tablo 73. KAY-BÖ AAB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ AAB (ebeveyn)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	5,411	0,538		10,067	<0,001
	CİŞS – Z	0,519	0,230	0,212	0,026	0,026

Model 1: $R^2 = 0,045$, $F = 5,110$, $p = 0,026$
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).
Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz bildirim Ölçeği; AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı

Ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – SAB puanını yordayan faktörler tek modelde ele alınmıştır. Bu modelde bağımsız değişkenin bağımlı değişkenin %4,9'unu açıklayabildiği görülmüştür ($R^2 = 0,049$). Bu modele göre cinsiyetin (referans kategori: kız) KAY-BÖ – SAB (ebeveyn) puanını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerin KAY-BÖ – SAB (ebeveyn) ortalaması 2,773 birim düşük bulunmuştur ($\beta = -0,221$, $p = 0,020$; bkz. Tablo 74).

Tablo 74. KAY-BÖ SAB (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin doğrusal regresyon modeliyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ SAB (ebeveyn)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	10,012	1,387		7,220	<0,001
	Cinsiyet	-2,773	1,170	-0,221	-2,370	0,020
Model 1: $R^2 = 0,049$, $F = 5,618$, $p = 0,020$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği; SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu						

Ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – Toplam puanını yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %7,1'ini açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,071$). Bu modele göre cinsiyet ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde cinsiyet ve CİŞS – Z puanının bağımsız değişkenler olarak KAY-BÖ – Toplam (ebeveyn) puanlarını yordamadığı ancak CİŞS – Y puanının anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre CİŞS – Y puanındaki 1 birimlik SS artışı KAY-BÖ – Toplam (ebeveyn) puanında 0,164 birimlik SS azalmasına yol açmaktadır ($\beta = -0,164$, $p = 0,035$; bkz. Tablo 75). Başka bir deyişle ilk kez istismara uğrama yaşındaki azalma KAY-BÖ – Toplam (ebeveyn) puanında azalmaya yol açmaktadır.

6.9.1.2. BDÖ

BDÖ puanını yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %7,6'sını açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,076$). Bu modele göre ilaç tedavisi alma durumu ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde ilaç tedavisi alma ve CİŞS – Z puanının bağımsız değişken olarak BDÖ puanlarını yordamadığı ancak cinsiyetin (referans kategori: kız) anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerde BDÖ ortalaması 9,350 birim düşüktür ($\beta = -0,191$, $p = 0,006$; bkz. Tablo 76).

Tablo 75. KAY-BÖ Toplam (ebeveyn) puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: KAY-BÖ Toplam (ebeveyn)	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	41,387	6,231		6,642	<0,001
	Cinsiyet	-10,960	5,256	-0,196	-2,085	0,039
2	(Sabit)	47,163	6,738		6,999	<0,001
	Cinsiyet	-9,746	5,211	-0,174	-1,870	0,064
	CİŞS – Y	-2,322	1,117	-0,194	-2,078	0,040
3	(Sabit)	43,419	7,107		6,110	<0,001
	Cinsiyet	-9,710	5,176	-0,174	-1,876	0,063
	CİŞS – Y	-4,962	4,133	-0,164	-1,731	0,035
	CİŞS – Z	1,636	1,043	0,147	1,568	0,120

Model 1: $R^2 = 0,038$, $F = 4,348$, $p = 0,039$
Model 2: Adjusted $R^2 = 0,058$, $F = 4,400$, $p = 0,015$
Model 3: Adjusted $R^2 = 0,071$, $F = 3,792$, $p = 0,012$
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).
Kısaltmalar: CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; KAY-BÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği

Tablo 76. BDÖ skorlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: BDÖ	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	29,989	3,866		7,757	<0,001
	Cinsiyet	-9,994	3,461	-0,204	-2,887	0,004
2	(Sabit)	27,028	3,980		6,792	<0,001
	Cinsiyet	-9,621	3,415	-0,196	-2,818	0,005
	CİŞS – Z	1,363	0,528	0,180	2,579	0,011
3	(Sabit)	25,369	4,051		6,263	<0,001
	Cinsiyet	-9,350	3,395	-0,191	-2,754	0,006
	CİŞS – Z	1,061	0,549	0,140	1,933	0,055
	İlaç tedavisi alma	3,674	1,955	0,136	1,879	0,062

Model 1: $R^2 = 0,042$, $F = 8,337$, $p = 0,004$
Model 2: Adjusted $R^2 = 0,064$, $F = 7,617$, $p = 0,001$
Model 3: Adjusted $R^2 = 0,076$, $F = 6,322$, $p < 0,001$
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).
Kısaltmalar: BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı

Tablo 77. ÇDÖ puanlarını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: ÇDÖ	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	5,303	1,727		3,070	0,003
	CİŞS – Z	1,925	0,625	0,320	3,082	0,003
	CİŞS – Ş	1,954	0,795	0,255	2,458	0,016
2	(Sabit)	0,561	3,742		0,150	0,881
	CİŞS – Z	1,773	0,630	0,295	2,814	0,006
	CİŞS – Ş	1,917	0,791	0,250	2,422	0,017
	Yaş	0,038	0,027	0,127	1,427	0,157
3	(Sabit)	5,015	7,708		0,651	0,517
	CİŞS – Z	1,793	0,634	0,298	2,831	0,006
	CİŞS – Ş	1,775	0,807	0,232	2,199	0,030
	Yaş	0,025	0,031	0,084	0,803	0,424
	WÇZÖ-R TIQ	-0,031	0,049	-0,073	-0,633	0,528
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	1,134	2,368	0,047	0,479	0,633
4	(Sabit)	4,962	7,629		0,650	0,517
	CİŞS – Z	1,511	0,648	0,251	2,332	0,022
	CİŞS – Ş	1,719	0,799	0,224	2,150	0,034
	Yaş	0,025	0,031	0,083	0,800	0,426
	WÇZÖ-R TIQ	-0,033	0,048	-0,079	-0,693	0,490
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	0,249	2,400	0,010	0,104	0,918
	İlaç tedavisi alma	3,543	2,062	0,162	1,718	0,089
Model 1: $R^2 = 0,255$, $F = 16,597$, $p = <0,001$ Model 2: Adjusted $R^2 = 0,248$, $F = 11,861$, $p = <0,001$ Model 3: Adjusted $R^2 = 0,240$, $F = 7,265$, $p = <0,001$ Model 4: Adjusted $R^2 = 0,256$, $F = 6,672$, $p = <0,001$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; ÇDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.						

6.9.1.3. ÇDÖ

ÇDÖ puanını yordayan faktörler 4 modelde ele alınmıştır. 4. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %25,6'sını açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,256$). Bu modele göre yaş, ilaç tedavisi alma durumu, olaydan önce psikiyatrik bozukluk ve WZÇÖ-R TIQ puanları ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde kontrol edici bu değişkenlerin bağımsız değişkenler olarak ÇDÖ puanlarını yordamadığı ancak CİŞS – Z ve CİŞS – Ş puanlarının anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre CİŞS – Z puanında 1 birimlik SS artışı ÇDÖ puanında 0,251 birimlik SS artışına ($\beta = 0,251$, $p = 0,022$; bkz. Tablo 77), CİŞS – Ş puanında 1 birimlik SS artışı ise ÇDÖ puanında 0,224 birimlik SS artışına ($\beta = 0,224$, $p = 0,034$; bkz. Tablo 77) yol açmaktadır.

6.9.2. Psikiyatrik Tanıları ve Psikiyatrik Sonuçları Yordayıcı Faktörler

Psikiyatrik tanı sayısı, psikiyatrik tanılar ve psikiyatrik sonuçlar bağımlı değişkenler olacak şekilde, bu değişkenlerle birinci basamak analizlerde ilişki saptanan değişkenler ise bağımsız değişkenler olacak şekilde ve bağımlı değişkenlerle aralarında karıştırıcı etki saptanan karıştırıcı değişkenler de modellerde kontrol edilmek suretiyle birden çok model sunularak *çoklu doğrusal, ikili (binary) lojistik ve çok kategorili (multinomial) lojistik regresyon modelleri* oluşturulmuştur.

Psikiyatrik tanı sayısını yordayan faktörler 4 modelde ele alınmıştır. 4. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %32,5'ini açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,325$). Bu modele göre WZÇÖ-R TIQ puanı, olaydan önce psikiyatrik hastalık durumu, yaş ve ilaç tedavisi alma durumu ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde CİŞS – Ş, CİŞS – F ve CİŞS – S puanlarının, yaş ve WZÇÖ-R TIQ puanının bağımsız değişkenler olarak psikiyatrik tanı sayısını yordamadığı ancak CİŞS – Z puanının, olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığının ve ilaç tedavisi alma durumunun yordadığı görülmüştür. Buna göre ilaç tedavisi almayanlara göre alanlarda psikiyatrik tanı sayısı 0,625 birim daha yüksek bulunmuştur ($\beta = 0,280$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 78). Olaydan önce psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre psikiyatrik hastalığı olanlarda psikiyatrik tanı sayısı 0,608 birim daha yüksek bulunmuştur ($\beta = 0,262$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 78). Ayrıca CİŞS – Z puanındaki 1 birimlik SS artışı psikiyatrik tanı sayısında 0,180 birimlik SS artışına yol açmaktadır ($\beta = 0,180$, $p = 0,001$; bkz. Tablo 78).

Tablo 78. Psikiyatrik tanı sayısını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: Psikiyatrik tanı sayısı	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	0,412	0,127		3,238	0,001
	CİŞS – Z	0,156	0,036	0,245	4,362	<0,001
	CİŞS – Ş	0,112	0,048	0,138	2,323	0,021
	CİŞS – F	0,336	0,156	0,118	2,149	0,032
	CİŞS – S	0,014	0,036	0,021	0,398	0,691
2	(Sabit)	0,172	0,251		0,687	0,493
	CİŞS – Z	0,150	0,036	0,236	4,158	<0,001
	CİŞS – Ş	0,104	0,049	0,128	2,131	0,034
	CİŞS – F	0,319	0,157	0,112	2,028	0,043
	CİŞS – S	0,016	0,036	0,024	0,442	0,659
	Yaş	0,020	0,018	0,059	1,108	0,269
3	(Sabit)	0,512	0,366		1,401	0,162
	CİŞS – Z	0,153	0,033	0,240	4,559	<0,001
	CİŞS – Ş	0,067	0,046	0,082	1,447	0,141
	CİŞS – F	0,180	0,147	0,063	1,222	0,223
	CİŞS – S	0,048	0,034	0,072	1,426	0,155
	Yaş	-0,003	0,017	-0,010	-0,201	0,841
	WÇZÖ-R TIQ	-0,003	0,003	-0,058	-1,120	0,264
4	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	0,801	0,119	0,346	6,738	<0,001
	(Sabit)	0,745	0,357		2,089	0,038
	CİŞS – Z	0,114	0,033	0,180	3,484	0,001
	CİŞS – Ş	0,054	0,044	0,066	1,232	0,219
	CİŞS – F	0,153	0,141	0,054	1,084	0,279
	CİŞS – S	0,051	0,032	0,076	1,573	0,117
	Yaş	-0,002	0,001	-0,061	-1,222	0,222
	WÇZÖ-R TIQ	-0,004	0,003	-0,083	-1,648	0,100
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	0,608	0,119	0,263	5,104	<0,001
	İlaç tedavisi alma	0,625	0,113	0,280	5,530	<0,001

Model 1: Adjusted $R^2 = 0,141$, $F = 14,824$, $p = <0,001$
Model 2: Adjusted $R^2 = 0,141$, $F = 12,074$, $p = <0,001$
Model 3: Adjusted $R^2 = 0,264$, $F = 18,237$, $p = <0,001$
Model 4: Adjusted $R^2 = 0,325$, $F = 21,215$, $p = <0,001$
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS – F: Fail sayısı; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.

Psikiyatrik tanı alma durumunu yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %38,8'ini açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke $R^2 = 0,388$). Bu modele göre WZÇÖ-R TIQ puanı, olaydan önce psikiyatrik hastalık durumu, yaş ve ilaç tedavisi alma durumu ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde CİŞS – Ş, CİŞS – F puanlarının, yaş ve WZÇÖ-R TIQ puanının bağımsız değişkenler olarak psikiyatrik tanı alma durumunu yordamadığı ancak CİŞS – Z ve CİŞS – S puanlarının, olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığının ve ilaç tedavisi alma durumunun yordadığı görülmüştür. Buna göre ilaç tedavisi almayanlara göre alanlarda psikiyatrik tanı alma olasılığı 3,581 kat daha fazla ($\text{Exp}(B) = 3,581$; %95 GA = 2,022 – 6,341; $p < 0,001$), olaydan önce psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre psikiyatrik hastalığı olanlarda psikiyatrik tanı alma olasılığı 5,952 kat daha fazla ($\text{Exp}(B) = 5,952$; %95 GA = 3,116 – 11,372; $p < 0,001$) bulunmuştur. CİŞS – Z puanındaki artışın psikiyatrik tanı alma olasılığını 1,229 kat artırdığı ($\text{Exp}(B) = 1,229$; %95 GA = 1,035 – 1,460; $p = 0,019$), CİŞS – Z puanındaki artışın ise psikiyatrik tanı alma olasılığını 1,187 kat artırdığı ($\text{Exp}(B) = 1,187$; %95 GA = 1,007 – 1,399; $p = 0,041$) saptanmıştır (Bkz. Tablo 79).

Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayan olgularda psikiyatrik tanı alma durumunu yordayan faktörler 4 modelde ele alınmıştır. 4. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %29,3'ini açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke $R^2 = 0,293$). Bu modele göre yaş, cinsiyet ve ilaç tedavisi alma durumu ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde yaş, cinsiyet, CİŞS – Ş, CİŞS – S ve CİŞS – F puanlarının bağımsız değişkenler olarak olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayan olgularda psikiyatrik tanı alma durumunu yordamadığı ancak CİŞS – Z puanının ve ilaç tedavisi alma durumunun yordadığı görülmüştür. Buna göre olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayan olgular içinde ilaç tedavisi almayanlara göre alanlarda psikiyatrik tanı alma olasılığı 4,019 kat daha fazla bulunmuştur ($\text{Exp}(B) = 4,019$; %95 GA = 2,030 – 7,956; $p < 0,001$; bkz. Tablo 80). CİŞS – Z puanındaki artışın psikiyatrik tanı alma olasılığını 1,267 kat artırdığı saptanmıştır ($\text{Exp}(B) = 1,267$; %95 GA = 1,029 – 1,561; $p = 0,026$; bkz. Tablo 80).

Tablo 79. Psikiyatrik tanı alma durumunu yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: Psikiyatrik tanı alma durumu	B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
1	CİŞS – Z	0,234	0,074	0,002	1,264	1,093	1,460
	CİŞS – Ş	0,194	0,098	0,048	1,214	1,002	1,472
	CİŞS – F (Ref. kategori: 1 kişi)	0,359	0,339	0,291	1,431	0,736	2,784
	CİŞS – S	0,058	0,074	0,431	1,060	0,917	1,225
	(Sabit)	-0,771	0,261	0,003	0,463		
2	CİŞS – Z	0,281	0,083	0,001	1,324	1,126	1,557
	CİŞS – Ş	0,100	0,110	0,364	1,105	0,891	1,372
	CİŞS – F (Ref. kategori: 1 kişi)	0,050	0,378	0,895	1,051	0,501	2,205
	CİŞS – S	0,161	0,082	0,049	1,175	1,001	1,378
	WÇZÖ-R TIQ	-0,007	0,006	0,289	0,993	0,981	1,006
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı (Ref. kategori: yok)	2,079	0,322	<0,001	7,998	4,253	15,039
	(Sabit)	-0,789	0,637	0,216	0,454		
3	CİŞS – Z	0,206	0,088	0,019	1,229	1,035	1,460
	CİŞS – Ş	0,091	0,115	0,431	1,095	0,873	1,373
	CİŞS – F (Ref. kategori: 1 kişi)	0,024	0,395	0,952	1,024	0,472	2,220
	CİŞS – S	0,171	0,084	0,041	1,187	1,007	1,399
	WÇZÖ-R TIQ	-0,011	0,007	0,109	0,989	0,976	1,002
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı (Ref. kategori: yok)	1,784	0,330	<0,001	5,952	3,116	11,372
	Yaş	-0,004	0,004	0,326	0,996	0,989	1,004
	İlaç tedavisi alma (Ref. kategori: ilaç tedavisi almama)	1,276	0,292	<0,001	3,581	2,022	6,341
	(Sabit)	-0,111	0,967	0,908	0,895		

Model 1 Nagelkerke $R^2 = 0,125$

Model 2 Nagelkerke $R^2 = 0,330$

Model 3 Nagelkerke $R^2 = 0,388$

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı;

CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS – F: Fail sayısı; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden

Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.

Tablo 80. Olaydan önce psikiyatrik tanısı olmayanlarda psikiyatrik tanı alma durumunu yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: Psikiyatrik tanı alma durumu	B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
1	CİŞS – F (Ref. kategori: 1 kişi)	0,251	0,459	0,584	1,285	0,523	3,158
	CİŞS – S	0,188	0,089	0,035	1,207	1,013	1,438
	CİŞS – Z	0,321	0,096	0,001	1,379	1,143	1,663
	CİŞS – Ş	0,141	0,134	0,294	1,151	0,885	1,498
	(Sabit)	-1,625	0,354	<0,001	0,197		
2	CİŞS – F (Ref. kategori: 1 kişi)	0,236	0,464	0,611	1,266	0,510	3,144
	CİŞS – S	0,150	0,092	0,101	1,162	0,971	1,391
	CİŞS – Z	0,345	0,098	<0,001	1,412	1,165	1,712
	CİŞS – Ş	0,153	0,135	0,259	1,165	0,894	1,518
	Cinsiyet (Ref. kategori: erkek)	1,032	0,491	0,036	2,806	1,072	7,347
	(Sabit)	-2,524	0,568	<0,001	0,080		
3	CİŞS – F (Ref. kategori: 1 kişi)	0,220	0,466	0,636	1,247	0,500	3,109
	CİŞS – S	0,152	0,092	0,498	1,164	0,972	1,394
	CİŞS – Z	0,336	0,100	0,001	1,399	1,150	1,702
	CİŞS – Ş	0,144	0,136	0,291	1,155	0,884	1,508
	Yaş	0,023	0,048	0,632	1,023	0,931	1,125
	Cinsiyet (Ref. kategori: erkek)	0,968	0,507	0,056	2,632	0,975	7,103
	(Sabit)	-2,737	0,724	<0,001	0,065		
4	CİŞS – F (Ref. kategori: 1 kişi)	0,260	0,488	0,595	1,297	0,498	3,378
	CİŞS – S	0,143	0,096	0,135	1,154	0,956	1,392
	CİŞS – Z	0,237	0,106	0,026	1,267	1,029	1,561
	CİŞS – Ş	0,181	0,142	0,204	1,198	0,906	1,583
	Yaş	-0,001	0,004	0,788	0,999	0,991	1,007
	Cinsiyet (Ref. kategori: erkek)	1,011	0,525	0,054	2,749	0,983	7,689
	İlaç tedavisi alma (Ref. kategori: ilaç tedavisi almama)	1,391	0,348	<0,001	4,019	2,030	7,956
	(Sabit)	-2,661	0,769	0,001	0,070		
Model 1 Nagelkerke $R^2 = 0,184$ Model 2 Nagelkerke $R^2 = 0,210$ Model 3 Nagelkerke $R^2 = 0,211$ Model 4 Nagelkerke $R^2 = 0,293$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; CİŞS – F: Fail sayısı.							

Ruh sağılığında bozulma durumunu yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %43,7'sini açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke $R^2 = 0,437$). Bu modele göre yaş ve ilaç tedavisi alma durumu ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde yaş ve CİŞS – Ş puanının bağımsız değişkenler olarak ruh sağılığında bozulma durumunu yordamadığı ancak CİŞS – Z ve CİŞS – S puanlarının ve ilaç tedavisi alma durumunun yordadığı görülmüştür. Buna göre ilaç tedavisi almayanlara göre alanlarda ruh sağılığında bozulma olasılığı 4,941 kat daha fazla bulunmuştur (Exp(B) = 4,941; %95 GA = 2,232 – 10,937; $p < 0,001$). CİŞS – Z puanındaki artışın ruh sağılığında bozulma olasılığını 1,676 kat artırdığı (Exp(B) = 1,676; %95 GA = 1,308 – 2,147; $p < 0,001$), CİŞS – Z puanındaki artışın ise ruh sağılığında bozulma olasılığını 1,367 kat artırdığı (Exp(B) = 1,367; %95 GA = 1,083 – 1,725; $p = 0,009$) saptanmıştır (Bkz. Tablo 81).

Tablo 81. Ruh sağılığında bozulma durumunu yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: Ruh sağılığında bozulma durumu	B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
1	CİŞS – Z	0,590	0,120	<0,001	1,804	1,425	2,284
	CİŞS – Ş	0,040	0,158	0,799	1,041	0,764	1,419
	CİŞS – S	0,290	0,111	0,009	1,336	1,076	1,660
	(Sabit)	-2,719	0,478	<0,001	0,066		
2	CİŞS – Z	0,586	0,121	<0,001	1,796	1,416	2,278
	CİŞS – Ş	-0,042	0,161	0,794	0,95	0,699	1,315
	CİŞS – S	0,301	0,113	0,008	1,352	1,083	1,687
	Yaş	0,010	0,005	0,048	1,010	1,001	1,021
	(Sabit)	-4,272	0,955	<0,001	0,014		
3	CİŞS – Z	0,516	0,126	<0,001	1,676	1,308	2,147
	CİŞS – Ş	-0,032	0,171	0,852	0,969	0,693	1,354
	CİŞS – S	0,313	0,119	0,009	1,367	1,083	1,725
	Yaş	0,007	0,006	0,246	1,007	0,995	1,018
	İlaç tedavisi alma (Ref. kategori: ilaç tedavisi almama)	1,598	0,405	<0,001	4,941	2,232	10,937
	(Sabit)	-4,412	1,035	<0,001	0,012		

Model 1 Nagelkerke $R^2 = 0,327$

Model 2 Nagelkerke $R^2 = 0,350$

Model 3 Nagelkerke $R^2 = 0,437$

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı.

Tablo 82. Major depresif bozukluk tanısını yordayıcı faktörlerin çok kategorili (multinomial) lojistik regresyon modeliyle açıklanması

Bağımlı değişken: Major Depresif Bozukluk (ref. kategori: MDB tanısı yok)		B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
Eşik altı	Intercept	-2,316	1,977	0,241			
	CİŞS – Y	-0,048	0,179	0,787	0,953	0,671	1,353
	CİŞS – Z	0,176	0,102	0,084	1,193	0,976	1,457
	CİŞS – Ş	0,080	0,135	0,556	1,083	0,831	1,412
	CİŞS – S	0,052	0,108	0,629	1,053	0,853	1,301
	Yaş	0,006	0,008	0,431	1,006	0,991	1,021
	Cinsiyet	-0,358	0,467	0,443	0,699	0,280	1,747
	WÇZÖ-R TIQ	0,000	0,008	0,952	1,000	0,984	1,015
	Olaydan önce MDB tanısı varlığı	1,041	0,760	0,171	2,831	0,638	12,556
MDB tanısı var	Intercept	-4,928	1,620	0,002			
	CİŞS – Y	0,162	0,136	0,234	1,176	0,901	1,535
	CİŞS – Z	0,356	0,089	<0,001	1,428	1,199	1,701
	CİŞS – Ş	0,099	0,121	0,414	1,104	0,871	1,399
	CİŞS – S	0,054	0,092	0,558	1,056	0,881	1,266
	Yaş	0,017	0,006	0,004	1,018	1,005	1,030
	Cinsiyet	-0,960	0,468	0,040	0,383	0,153	0,958
	WÇZÖ-R TIQ	0,010	0,007	0,164	1,010	0,996	1,024
	Olaydan önce MDB tanısı varlığı	0,764	0,719	0,288	2,048	0,525	8,792
Nagelkerke $R^2 = 0,200$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ; MDB: Major Depresif Bozukluk.							

MDB tanısını yordayan faktörleri ele alan çok kategorili (multinomial) lojistik regresyon modelinde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %20'sini açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke $R^2 = 0,200$). Bu modele göre yaş, cinsiyet, WÇZÖ-R TIQ puanı ve olaydan önce MDB tanısı varlığı ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde hiçbir bağımsız değişkenin eşik altı MDB'yi yordamadığı saptanmıştır (tüm p değerleri $> 0,05$). CİŞS – Y, CİŞS – Ş, CİŞS – S, WÇZÖ-R TIQ puanları ve olaydan önce MDB tanısı varlığının bağımsız değişkenler olarak MDB tanısını yordamadığı ancak CİŞS – Z puanı, yaş ve cinsiyetin MDB tanısını yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerde MDB tanısı 0,383 oranında daha az (Exp(B) = 0,383; %95 GA =

0,153 – 0,958; $p = 0,040$) bulunmuştur. CİŞS – Z puanındaki artışın MDB tanısı alma olasılığını 1,428 kat artırdığı ($\text{Exp}(B) = 1,428$; %95 GA = 1,199 – 1,701; $p < 0,001$), yaş artışının ise MDB tanısı alma olasılığını 1,018 kat artırdığı ($\text{Exp}(B) = 1,018$; %95 GA = 1,005 – 1,030; $p = 0,004$) saptanmıştır (Bkz. Tablo 82).

Tablo 83. Travma sonrası stres bozukluğu tanısını yordayıcı faktörlerin multinominal lojistik regresyon modeliyle açıklanması

Bağımlı değişken: Travma Sonrası Stres Bozukluğu (ref. kategori: TSSB tanısı yok)		B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
Eşik altı	Intercept	-2,036	1,886	0,280			
	CİŞS – Y	-0,041	0,169	0,807	0,960	0,688	1,338
	CİŞS – Z	0,230	0,112	0,040	1,258	1,010	1,567
	CİŞS – Ş	-0,256	0,139	0,065	0,774	0,590	1,016
	CİŞS – S	0,092	0,110	0,403	1,096	0,884	1,360
	Yaş	0,000	0,007	0,949	1,000	0,987	1,015
	Cinsiyet	-0,130	0,478	0,785	0,878	0,344	2,239
	WÇZÖ-R TIQ	0,012	0,008	0,138	1,012	0,996	1,028
	Olaydan önce MDB tanısı varlığı	-1,299	1,088	0,232	0,273	0,032	2,301
TSSB tanısı var	Intercept	-1,403	1,502	0,350			
	CİŞS – Y	-0,058	0,132	0,660	0,943	0,728	1,222
	CİŞS – Z	0,326	0,086	<0,001	1,386	1,171	1,640
	CİŞS – Ş	0,126	0,118	0,286	1,134	0,900	1,430
	CİŞS – S	-0,024	0,088	0,787	0,976	0,821	1,161
	Yaş	-0,001	0,006	0,835	0,999	0,988	1,010
	Cinsiyet	-0,565	0,404	0,162	0,568	0,257	1,255
	WÇZÖ-R TIQ	0,010	0,007	0,110	1,011	0,998	1,024
	Olaydan önce MDB tanısı varlığı	-1,426	0,815	0,080	0,240	0,049	1,188

Nagelkerke $R^2 = 0,117$
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).
Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ; TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

TSSB tanısını yordayan faktörleri ele alan çok kategorili (multinomial) lojistik regresyon modelinde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %11,7'sini açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke $R^2 = 0,117$). Bu modele göre yaş, cinsiyet, WÇZÖ-R TIQ puanı ve olaydan önce MDB tanısı varlığı ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde sadece CİŞS – Z puanının eşik altı

TSSB'yi yordadığı (Exp(B) = 1,258; %95 GA = 1,010 – 1,567; p = 0,040), diğer değişkenlerin ise yordamadığı saptanmıştır (tüm p değerleri > 0,05). Yaş, cinsiyet, CİŞS – Y, CİŞS – Ş, CİŞS – S, WÇZÖ-R TIQ puanları ve olaydan önce MDB tanısı varlığının bağımsız değişkenler olarak TSSB tanısını yordamadığı ancak sadece CİŞS – Z puanının TSSB tanısını yordadığı görülmüştür. CİŞS – Z puanındaki artışın TSSB tanısı alma olasılığını 1,386 kat artırdığı (Exp(B) = 1,386; %95 GA = 1,171 – 1,640; p < 0,001; bkz. Tablo 83) saptanmıştır.

AB tanısını yordayan faktörleri ele alan çok kategorili (multinomial) lojistik regresyon modelinde ise bağımsız değişkenlerin hiçbirinin hem eşik altı AB'yi hem de AB tanısını yordamadığı saptanmıştır (tüm p değerleri > 0,05; bkz. Tablo 84).

Tablo 84. Anksiyete bozukluğu tanısını yordayıcı faktörlerin multinomial lojistik regresyon modeliyle açıklanması

Bağımlı değişken: Anksiyete Bozukluğu (ref. kategori: AB tanısı yok)		B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
Eşik altı	Intercept	-0,872	1,476	0,555			
	CİŞS – Y	0,074	0,129	0,566	1,077	0,836	1,387
	CİŞS – Z	0,034	0,086	0,694	1,035	0,873	1,226
	CİŞS – Ş	-0,121	0,110	0,274	0,886	0,714	1,100
	CİŞS – S	0,104	0,087	0,231	1,109	0,936	1,315
	Yaş	-0,001	0,005	0,902	0,999	0,989	1,010
	Cinsiyet	-0,822	0,447	0,066	0,440	0,183	1,056
	WÇZÖ-R TIQ	0,008	0,007	0,202	1,008	0,996	1,021
	Olaydan önce AB tanısı varlığı	2,375	1,171	0,043	10,749	1,084	106,642
AB tanısı var	Intercept	-7,573	3,030	0,012			
	CİŞS – Y	0,187	0,236	0,429	1,206	0,759	1,915
	CİŞS – Z	0,062	0,193	0,750	1,064	0,728	1,553
	CİŞS – Ş	-0,097	0,254	0,704	0,908	0,552	1,494
	CİŞS – S	-0,057	0,202	0,779	0,945	0,636	1,404
	Yaş	0,013	0,011	0,256	1,013	0,991	1,035
	Cinsiyet	-0,420	0,912	0,645	0,657	0,110	3,927
	WÇZÖ-R TIQ	0,029	0,015	0,056	1,030	0,999	1,061
	Olaydan önce AB tanısı varlığı	4,514	1,199	<0,001	91,278	8,713	956,204

Nagelkerke $R^2 = 0,117$

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05).

Kısaltmalar: CİŞS: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru; CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; CİŞS-Ş: İstismar Şiddeti puanı; CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ; AB: Anksiyete Bozukluğu

6.9.3. Cinsel İstismar Şiddetini Yordayıcı Faktörler

CİŞS – Y puanını yordayan faktörler 4 modelde ele alınmıştır. 4. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %16,3'ünü açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,163$). Bu modele göre cinsiyet ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde cinsiyetin ve nöromotor gelişim gecikmesinin bağımsız değişkenler olarak CİŞS – Y puanlarını yordamadığı ancak ailede suça bulaşmanın, WZÇÖ-R TIQ puanının, olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığının ve konuşmada gecikmenin anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre WZÇÖ-R TIQ puanındaki 1 birimlik SS artışı CİŞS – Y puanında 0,295 birimlik SS artışına yol açmaktadır ($\beta = 0,295$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 85). Başka bir deyişle WZÇÖ-R TIQ puanındaki artış ilk kez istismara uğrama yaşında azalmaya yol açmaktadır. Ayrıca ailede suça bulaşma öyküsü olmayanlara göre olanların CİŞS – Y ortalaması 0,538 birim yüksek ($\beta = 0,109$, $p = 0,045$), olaydan önce psikiyatrik hastalık olmayanlara göre olanların CİŞS – Y ortalaması 0,829 birim düşük ($\beta = -0,236$, $p < 0,001$), konuşmada gecikme olmayanlara göre olanların CİŞS – Y ortalaması 1,114 birim yüksek ($\beta = 0,211$, $p = 0,045$) saptanmıştır (Bkz. Tablo 85).

CİŞS – Z puanını yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %10'unu açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted $R^2 = 0,100$). Bu modele göre yaş ve cinsiyet ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde ebeveyn boşanması, ailede alkol, madde kullanımı, ailede suça bulaşma, olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı ve WZÇÖ-R TIQ puanlarının bağımsız değişkenler olarak CİŞS – Z puanlarını yordamadığı ancak ailede şiddetin, yaş ve cinsiyetin anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre yaştaki 1 birimlik SS artışı CİŞS – Z puanında 0,216 birimlik SS artışına yol açmaktadır ($\beta = 0,216$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 86). Ayrıca ailede şiddet olmayanlara göre olanların CİŞS – Z ortalaması 0,571 birim yüksek ($\beta = 0,139$, $p = 0,030$) ve kızlara göre erkeklerin CİŞS – Z ortalaması 0,637 birim yüksek saptanmıştır ($\beta = 0,130$, $p = 0,017$) (Bkz. Tablo 86).

Tablo 85. İlk kez cinsel istismara uğrama yaşını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: CİŞS – Y	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	2,954	0,104		28,411	<0,001
	Ailede suça bulaşma	0,571	0,284	0,116	2,010	0,045
2	(Sabit)	2,352	0,333		7,062	<0,001
	Ailede suça bulaşma	0,648	0,286	0,131	2,266	0,024
	Cinsiyet	0,513	0,270	0,110	1,901	0,058
3	(Sabit)	1,130	0,489		2,310	0,022
	Ailede suça bulaşma	0,606	0,267	0,123	2,266	0,024
	Cinsiyet	0,458	0,253	0,099	1,815	0,071
	WZÇÖ-R TIQ	0,019	0,004	0,242	4,174	<0,001
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	-0,669	0,203	-0,191	-3,294	0,001
4	(Sabit)	0,887	0,505		1,757	0,080
	Ailede suça bulaşma	0,538	0,267	0,109	2,017	0,045
	Cinsiyet	0,366	0,252	0,079	1,453	0,147
	WZÇÖ-R TIQ	0,023	0,005	0,295	4,707	<0,001
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	-0,829	0,211	-0,236	-3,930	<0,001
	Nöromotor gelişim gecikmesi	-0,324	0,322	-0,066	-1,007	0,315
	Konuşmada gecikme	1,114	0,368	0,211	3,032	0,003
Model 1: $R^2 = 0,013$, $F = 4,040$, $p = 0,045$ Model 2: Adjusted $R^2 = 0,019$, $F = 3,845$, $p = 0,022$ Model 3: Adjusted $R^2 = 0,143$, $F = 13,409$, $p < 0,001$ Model 4: Adjusted $R^2 = 0,163$, $F = 10,706$, $p < 0,001$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS-Y: İlk kez istismara uğrama yaşı puanı; WZÇÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.						

Tablo 86. İstismar olayında şiddete maruz kalmayı yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: CİŞS – Z	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	1,374	0,121		11,370	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,219	0,222	0,060	0,985	0,325
	Ailede şiddet	0,624	0,270	0,152	2,313	0,021
	Ailede alkol, madde kullanımı	0,184	0,348	0,033	0,530	0,596
	Ailede suça bulaşma	-0,001	0,316	0,000	-0,003	0,998
2	(Sabit)	2,249	0,423		5,317	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,266	0,221	0,072	1,213	0,230
	Ailede şiddet	0,565	0,268	0,138	2,110	0,036
	Ailede alkol, madde kullanımı	0,240	0,345	0,044	0,696	0,487
	Ailede suça bulaşma	0,033	0,313	0,007	0,107	0,915
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	0,128	0,213	0,035	0,603	0,547
	WÇZÖ-R TIQ	-0,012	0,005	-0,144	-2,486	0,013
3	(Sabit)	0,317	0,652		0,486	0,627
	Ebeveyn boşanması	0,216	0,217	0,059	0,994	0,321
	Ailede şiddet	0,571	0,262	0,139	2,177	0,030
	Ailede alkol, madde kullanımı	0,139	0,339	0,025	0,411	0,681
	Ailede suça bulaşma	0,034	0,307	0,007	0,110	0,912
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	0,028	0,210	0,008	0,132	0,895
	WÇZÖ-R TIQ	-0,007	0,005	-0,085	-1,456	0,146
	Yaş	0,010	0,002	0,216	3,842	<0,001
	Cinsiyet	0,637	0,265	0,130	2,401	0,017
Model 1: Adjusted R² = 0,028, F = 3,365, p = 0,010 Model 2: Adjusted R² = 0,047, F = 3,713, p = 0,001 Model 3: Adjusted R² = 0,100, F = 5,440, p < 0,001 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS-Z: Maksimum zorlanma puanı; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.						

CİŞS – Ş puanını yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %10,4'ünü açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted R² = 0,104). Bu modele göre yaş ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde ebeveyn boşanması, ailede şiddet, olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı, nöromotor gelişim gecikmesi ve WÇZÖ-R TIQ puanlarının bağımsız değişkenler olarak CİŞS – Ş puanlarını yordamadığı ancak kaotik aile ortamı ve yaşın anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre yaştaki 1 birimlik SS artışı CİŞS

– Ş puanında 0,226 birimlik SS artışına yol açmaktadır ($\beta = 0,226$, $p < 0,001$; bkz. Tablo 87). Ayrıca kaotik aile ortamı olmayanlara göre olanların CİŞS – Ş ortalaması 0,596 birim yüksek ($\beta = 0,129$, $p = 0,045$; bkz. Tablo 87) saptanmıştır.

Tablo 87. Cinsel istismarın niteliksel şiddetini yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: CİŞS – Ş	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	2,480	0,098		25,420	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,070	0,189	0,024	0,372	0,710
	Ailede şiddet	0,082	0,230	0,024	0,357	0,721
	Kaotik aile ortamı	0,643	0,307	0,139	2,092	0,037
2	(Sabit)	2,745	0,375		7,325	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,132	0,185	0,044	0,711	0,477
	Ailede şiddet	0,031	0,226	0,009	0,137	0,891
	Kaotik aile ortamı	0,678	0,303	0,147	2,240	0,026
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	0,405	0,179	0,141	2,266	0,024
	WÇZÖ-R TIQ	-0,006	0,004	-0,089	-1,396	0,164
	Nöromotor gelişim gecikmesi	0,327	0,256	0,080	1,277	0,203
3	(Sabit)	1,158	0,554		2,092	0,037
	Ebeveyn boşanması	0,086	0,181	0,029	0,473	0,636
	Ailede şiddet	0,066	0,221	0,019	0,300	0,765
	Kaotik aile ortamı	0,596	0,297	0,129	2,010	0,045
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık	0,310	0,176	0,108	1,759	0,080
	WÇZÖ-R TIQ	-0,002	0,004	-0,025	-0,393	0,695
	Nöromotor gelişim gecikmesi	0,343	0,250	0,084	1,371	0,172
	Yaş	0,008	0,002	0,226	3,821	<0,001
Model 1: Adjusted $R^2 = 0,016$, $F = 2,638$, $p = 0,049$ Model 2: Adjusted $R^2 = 0,062$, $F = 4,263$, $p < 0,001$ Model 3: Adjusted $R^2 = 0,104$, $F = 5,912$, $p < 0,001$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Kısaltmalar: CİŞS-Ş İstismar Şiddeti puanı; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.						

CİŞS – S puanını yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %11,8'ini açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted R² = 0,118). Bu modele göre cinsiyet ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde ebeveyn boşanması, kaotik aile ortamı, ailede alkol, madde kullanımı, ailede suça bulaşma ve baba eğitim düzeyinin bağımsız değişkenler olarak CİŞS – S puanlarını yordamadığı ancak cinsiyet ve ailede şiddetin anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kızlara göre erkeklerin CİŞS – S ortalaması 0,517 birim düşük ($\beta = -0,116$, $p = 0,048$; bkz. Tablo 88) ve ailesinde şiddet olmayanlara göre olanların CİŞS – S ortalaması 0,843 birim yüksek saptanmıştır ($\beta = 0,214$, $p = 0,003$; bkz. Tablo 88).

Tablo 88. Cinsel istismara uğrama sayısını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: CİŞS – S	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	1,297	0,116		11,221	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,235	0,230	0,066	1,022	0,308
	Ailede şiddet	0,901	0,281	0,229	3,200	0,002
	Kaotik aile ortamı	0,444	0,369	0,088	1,204	0,230
	Ailede alkol, madde kullanımı	-0,331	0,354	-0,065	-0,933	0,351
	Ailede suça bulaşma	0,498	0,320	0,109	1,558	0,120
2	(Sabit)	1,929	0,334		5,778	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,211	0,229	0,059	0,922	0,357
	Ailede şiddet	0,851	0,281	0,216	3,030	0,003
	Kaotik aile ortamı	0,409	0,367	0,081	1,113	0,267
	Ailede alkol, madde kullanımı	-0,313	0,352	-0,061	-0,888	0,375
	Ailede suça bulaşma	0,456	0,318	0,100	1,434	0,153
	Cinsiyet	-0,521	0,259	-0,117	-2,015	0,045
3	(Sabit)	1,982	0,408		4,860	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,211	0,229	0,059	0,921	0,358
	Ailede şiddet	0,843	0,284	0,214	2,970	0,003
	Kaotik aile ortamı	0,412	0,368	0,082	1,119	0,264
	Ailede alkol, madde kullanımı	-0,314	0,353	-0,062	-0,889	0,375
	Ailede suça bulaşma	0,451	0,320	0,099	1,412	0,159
	Cinsiyet	-0,517	0,260	-0,116	-1,990	0,048
	Baba eğitim düzeyi	-0,022	0,098	-0,013	-0,226	0,821
Model 1: Adjusted R² = 0,111, F = 7,856, p < 0,001 Model 2: Adjusted R² = 0,121, F = 7,298, p < 0,001 Model 3: Adjusted R² = 0,118, F = 6,240, p < 0,001 Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: CİŞS-S: İstismara uğrama sayısı puanı						

CİŞS – T puanını yordayan faktörler 2 modelde ele alınmıştır. 2. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %11,3'ünü açıklayabildiği görülmüştür (Adjusted R² = 0,113). Bu modele göre ebeveyn boşanması, ailede suça bulaşma ve baba eğitim düzeyinin bağımsız değişkenler olarak CİŞS – T puanlarını yordamadığı ancak ailede şiddet ve kaotik aile ortamının anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Buna göre kaotik aile ortamı olmayanlara göre olanların CİŞS – T ortalaması 1,767 birim yüksek ($\beta = 0,150$, $p = 0,037$; bkz. Tablo 89) ve ailesinde şiddet olmayanlara göre olanların CİŞS – T ortalaması 1,673 birim yüksek saptanmıştır ($\beta = 0,181$, $p = 0,013$; bkz. Tablo 89).

Tablo 89. Cinsel istismar şiddeti toplam puanını yordayıcı faktörlerin çoklu doğrusal regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: CİŞS – T	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	t	Sig.
		B	Std. Hata	Beta		
1	(Sabit)	8,280	0,273		30,368	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,785	0,530	0,093	1,480	0,140
	Ailede şiddet	1,768	0,662	0,191	2,670	0,008
	Kaotik aile ortamı	1,736	0,844	0,148	2,057	0,041
	Ailede suça bulaşma	0,159	0,719	0,015	0,221	0,825
2	(Sabit)	8,906	0,663		13,430	<0,001
	Ebeveyn boşanması	0,783	0,530	0,03	1,477	0,141
	Ailede şiddet	1,673	0,668	0,181	2,503	0,013
	Kaotik aile ortamı	1,767	0,844	0,150	2,093	0,037
	Ailede suça bulaşma	0,099	0,722	0,009	0,138	0,890
	Baba eğitim düzeyi	-0,239	0,231	-0,060	-1,036	0,301

Model 1: Adjusted R² = 0,113, F = 9,775, $p < 0,001$

Model 2: Adjusted R² = 0,113, F = 8,037, $p < 0,001$

Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Kısaltmalar: CİŞS-T: Cinsel İstismar Şiddeti Toplam puanı

Nitelikli cinsel istismarı yordayan faktörler 4 modelde ele alınmıştır. 4. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %19'unu açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke R² = 0,190). Bu modele göre yaş ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde ailede şiddet, olaydan önce psikiyatrik hastalık varlığı, nöromotor gelişim gecikmesi ve WZÇÖ-R TIQ puanlarının bağımsız değişkenler olarak nitelikli cinsel istismarı yordamadığı ancak kaotik aile ortamı ve yaşı yordadığı görülmüştür. Buna göre kaotik aile ortamı olmayanlara göre olanlarda nitelikli cinsel istismar olasılığı 2,937 kat daha fazla bulunmuştur ($\text{Exp}(B) = 2,937$; %95 GA = 1,153 – 7,481; p

= 0,024). Ayrıca yaş artışının nitelikli cinsel istismar olasılığını 1,015 kat artırdığı saptanmıştır (Exp(B) = 1,015; %95 GA = 1,008 – 1,022; p < 0,001) (Bkz. Tablo 90).

Tablo 90. Nitelikli istismarı yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: Nitelikli istismar	B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
1	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,267	0,332	0,422	1,305	0,681	2,503
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	0,912	0,446	0,041	2,489	1,038	5,970
	(Sabit)	-0,519	0,135	<0,001	0,595		
2	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,322	0,348	0,356	1,379	0,697	2,729
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	1,026	0,470	0,029	2,790	1,111	7,001
	Yaş	0,017	0,003	<0,001	1,017	1,010	1,024
	(Sabit)	-3,120	0,559	<0,001	0,044		
3	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,324	0,352	0,358	1,382	0,693	2,755
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	1,054	0,478	0,028	2,868	1,124	7,320
	Yaş	0,015	0,004	<0,001	1,015	1,007	1,022
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık (Ref kategori: yok)	0,598	0,282	0,034	1,819	1,046	3,163
	WZÇÖ-R TIQ	-0,005	0,007	0,438	0,995	0,982	1,008
	(Sabit)	-2,548	0,863	0,003	0,078		
4	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,292	0,353	0,408	1,339	0,677	2,674
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	1,078	0,477	0,024	2,937	1,153	7,481
	Yaş	0,015	0,004	<0,001	1,015	1,008	1,022
	Olaydan önce psikiyatrik hastalık (Ref kategori: yok)	0,519	0,289	0,073	1,680	0,953	2,961
	WZÇÖ-R TIQ	-0,002	0,007	0,731	0,998	0,984	1,011
	Nöromotor gelişim gecikmesi (Ref. kategori: yok)	0,542	0,407	0,184	1,719	0,774	3,818
	(Sabit)	-2,820	0,893	0,002	0,060		
Model 1 Nagelkerke $R^2 = 0,038$ Model 2 Nagelkerke $R^2 = 0,156$ Model 3 Nagelkerke $R^2 = 0,183$ Model 4 Nagelkerke $R^2 = 0,190$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). Kısaltmalar: WZÇÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu; IQ: Intelligence Quotient (Zeka Bölümü: ZB); TIQ: Total IQ.							

Zincirleme cinsel istismarı yordayan faktörler 2 modelde ele alınmıştır. 2. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %14,4'ünü açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke $R^2 = 0,190$). Bu modele göre ailede şiddet, ailede alkol, madde kullanımı, ailede suça bulaşma ve baba eğitim düzeyinin bağımsız değişkenler olarak zincirleme cinsel istismarı yordamadığı ancak ebeveyn boşanması ve kaotik aile ortamının yordadığı görülmüştür. Buna göre kaotik aile ortamı olmayanlara göre olanlarda zincirleme cinsel istismar olasılığı 2,906 kat daha fazla ($\text{Exp}(B) = 2,906$; %95 GA = 1,051 – 8,038; $p = 0,040$), ebeveyn boşanması olmayan olgulara göre olanlarda ise zincirleme cinsel istismar olasılığı 1,956 kat daha fazla bulunmuştur ($\text{Exp}(B) = 1,956$; %95 GA = 1,063 – 3,598; $p = 0,031$) (Bkz. Tablo 91).

Tablo 91. Zincirleme istismarı yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: Zincirleme istismar	B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
1	Ebeveyn boşanması (Ref. kategori: yok)	0,669	0,310	0,031	1,953	1,063	3,589
	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,430	0,378	0,256	1,537	0,732	3,227
	Ailede alkol, madde kullanımı (Ref. kategori: yok)	-0,388	0,501	0,439	0,678	0,254	1,811
	Ailede suça bulaşma (Ref. kategori: yok)	0,544	0,436	0,212	1,722	0,733	4,047
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	1,042	0,518	0,044	2,836	1,028	7,827
	(Sabit)	-1,009	0,168	<0,001	0,365		
2	Ebeveyn boşanması (Ref. kategori: yok)	0,671	0,311	0,031	1,956	1,063	3,598
	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,380	0,382	0,319	1,463	0,693	3,090
	Ailede alkol, madde kullanımı (Ref. kategori: yok)	-0,394	0,501	0,432	0,674	0,253	1,801
	Ailede suça bulaşma (Ref. kategori: yok)	0,516	0,436	0,237	1,675	0,712	3,941
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	1,067	0,536	0,040	2,906	1,051	8,038
	Baba eğitim düzeyi	-0,132	0,143	0,357	0,877	0,662	1,160
	(Sabit)	-0,668	0,403	0,097	0,513		
Model 1 Nagelkerke $R^2 = 0,140$							
Model 2 Nagelkerke $R^2 = 0,144$							
Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).							

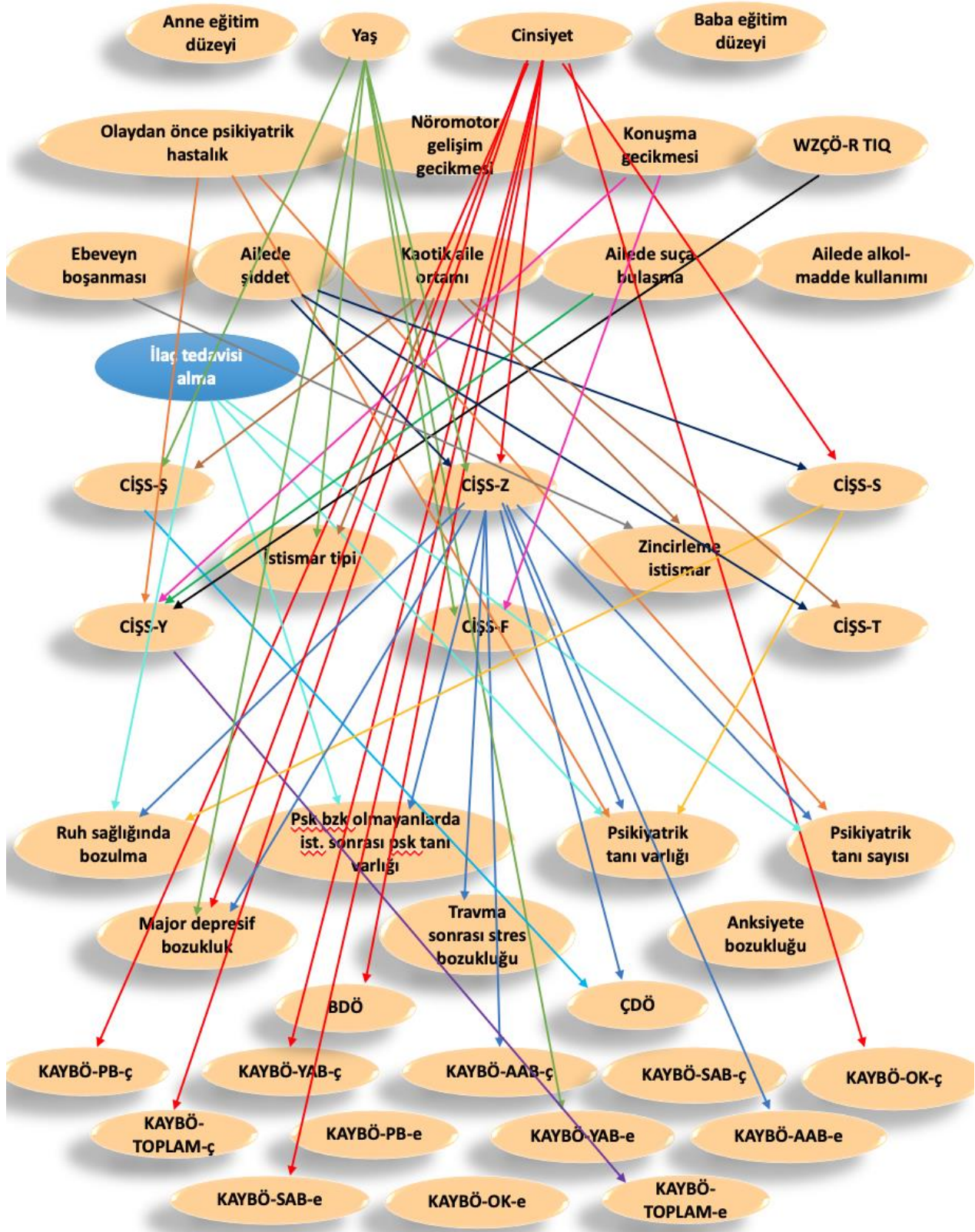
Son olarak, fail sayısını (CİŞS – F) yordayan faktörler 3 modelde ele alınmıştır. 3. modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin %13,8'ini açıklayabildiği görülmüştür (Nagelkerke $R^2 = 0,138$). Bu modele göre yaş ile diğer değişkenler kontrol edildiğinde ailede şiddet ve kaotik aile ortamının bağımsız değişkenler olarak fail sayısını yordamadığı ancak konuşmada gecikme ve yaşı yordadığı görülmüştür. Buna göre konuşmasında gecikme olmayanlara göre olanlarda 2 ya da daha fazla kişi tarafından istismara uğrama olasılığı 2,679 kat daha fazla bulunmuştur (Exp(B) = 2,679; %95 GA = 1,184 – 6,060; p = 0,018). Ayrıca yaş artışının 2 ya da daha fazla kişi tarafından istismara uğrama olasılığı 1,012 kat artırdığı saptanmıştır (Exp(B) = 1,012; %95 GA = 1,003 – 1,021; p = 0,012) (Bkz. Tablo 92).

Tablo 92. Fail sayısını yordayıcı faktörlerin ikili (Binary) lojistik regresyon modelleriyle açıklanması

Model	Bağımlı değişken: CİŞS – F	B	Std. Hata	Sig.	Exp (B)	Exp (B) için %95 GA	
						Alt sınır	Üst sınır
1	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,616	0,378	0,103	1,852	0,883	3,884
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	0,816	0,425	0,058	2,240	0,973	5,155
	(Sabit)	-1,838	0,181	<0,001	0,159		
2	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,630	0,382	0,099	1,877	0,888	3,968
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	0,771	0,430	0,073	2,162	0,931	5,023
	Yaş	0,015	0,005	0,001	1,015	1,006	1,024
	(Sabit)	-4,421	0,850	<0,001			
3	Ailede şiddet (Ref. kategori: yok)	0,381	0,416	0,360	1,464	0,648	3,308
	Kaotik aile ortamı (Ref. kategori: yok)	0,920	0,493	0,062	2,510	0,954	6,602
	Yaş	0,012	0,005	0,012	1,012	1,003	1,021
	Konuşmada gecikme (Ref. kategori: gecikme yok)	0,985	0,416	0,018	2,679	1,184	6,060
	(Sabit)	-3,945	0,855	<0,001	0,019		
Model 1 Nagelkerke $R^2 = 0,069$ Model 2 Nagelkerke $R^2 = 0,126$ Model 2 Nagelkerke $R^2 = 0,138$ Kalın yazılmış p değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır (p < 0,05). CİŞS – F: Cinsel İstismar Şiddeti Skoru – Fail sayısı.							

Regresyon modellerinden sonra cinsel istismar şiddetine yönelik, olguların sosyodemografik, psikososyal, gelişimsel ve ruhsal özelliklerine yönelik ve istismar sonrasında saptanan ruhsal sonuçlarına yönelik özellikler arasındaki nedensellik ilişkileri Şekil 10'da özetlenmiştir.

Şekil 10. Regresyon modellerinden sonra değişkenler arası nedensellik ilişkileri



7. TARTIŞMA

Çalışmamız üniversitemiz çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı adli polikliniğine başvurmuş cinsel istismar mağduru olan olguların son 7 yıllık verisini içermektedir. Çalışmamızda cinsel istismar mağduru olguların geçmişteki psikiyatrik durumları, sosyodemografik, gelişimsel ve psikososyal özellikleri, maruz kaldıkları istismar eyleminin şiddetine işaret eden veriler ve psikiyatrik sonuçları ifade eden farklı kategorilerdeki veriler çok yönlü bir şekilde ve çok geniş yelpazede kapsamlı bulgular ile ortaya konulmuştur.

Çalışmamızın en temel bulgularını özetleyecek olursak, çocuk ve ergenlerde yaş arttıkça cinsel istismarın daha olumsuz psikiyatrik sonuçlara yol açtığı, ilk kez istismara uğrama yaşının düşmesinin daha fazla psikiyatrik belirti ve psikopatoloji ile ilişkili olmadığı, tam tersine ilk kez istismara uğrama yaşının artmasının daha fazla psikiyatrik belirti ve psikopatoloji ile ilişkili olduğu, kızlarda erkeklere göre cinsel istismardan sonra daha olumsuz etkilenecek daha olumsuz psikiyatrik sonuçlar oluşturduğu, cinsel istismara uğrama ile adli polikliniğe başvuru arasındaki sürenin artışının genel örneklemede anksiyete ve depresyon bulgularında artışa ya da azalmaya yol açmasa da özellikle ilaç tedavisi alan olgularda olay ile adli polikliniğe başvuru arasındaki süre artışının anksiyete bulgularında azalmayla ilişkili olduğu, daha düşük zeka düzeylerinin daha şiddetli düzeyde istismara uğrama ile ilişkili olduğu, olumsuz ailesel psikososyal faktörlerden özellikle ailede şiddet ve kaotik aile ortamı varlığının daha şiddetli düzeyde istismara uğrama ile ilişkili olduğu ve genel olarak cinsel istismara uğrama şiddeti artışının daha fazla psikiyatrik belirti ve psikopatoloji ile ilişkili olarak saptanmakla birlikte özellikle cinsel istismara uğrarken sözel veya fiziksel zorlanmaya maruz kalmanın çocuk ve ergenlerde travma, depresyon başta olmak üzere daha olumsuz ruhsal sonuçlarla ilişkili olduğu saptanmıştır.

7.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışması

7.1.1. Yaş & Olay Zamanındaki Yaş

Örneklekimizdeki cinsel istismar olgularının yaşlarının medyan değeri 15, olay esnasındaki yaşlarının medyan değeri ise 13 olarak saptanmıştır. Cinsel istismara uğrama yaşı kültürler arasında farklılık gösterebilmektedir ama genel olarak ortalama 8 ile 11 yaşları arasında olduğu belirtilmektedir (34). Ayrıca literatürde bu alanda bilinen bilgiler buzdağının sadece görünen yüzünü yansıtmakta olup rapor edilmeyen büyük bir istismara uğramış olgu

kitlesi olduğu da gözlerden kaçmamalıdır (107). Ülkemizde yapılan bir çalışmada cinsel istismara uğramış olan çocukların ortalama yaşı 10,9 olarak saptanmıştır (10). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise 4 – 17 yaş aralığındaki 101 olgunun yaş ortalaması $9,57 \pm 3,5$ çıkmıştır (11). Perdahlı Fiş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre çocukluk döneminde istismara uğrama yaş aralığı 4 – 17 arasında değişmektedir (36). İsveç'te ergenlerle yapılan bir araştırmada ise ilk kez cinsel istismara uğrama yaşı kızlarda $9,0 \pm 3,9$, erkeklerde ise $9,1 \pm 4,3$ olarak saptanmıştır (40). Bu çalışmalara göre bizim çalışmamızda cinsel istismara uğrama yaşının ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Cinsel istismara maruz kalan çocuk ve ergenlerde olayın ortaya çıkması uzun zaman alabilmektedir. Bazı çocuklar suçluluk ve pişmanlık duyguları yaşadıklarından dolayı olayı ebeveynlerine veya diğer büyüklerine olaydan uzun süre sonra söyleyebilmektedir. Bu nedenle kayıtlı verilerdeki yaş ortalaması yüksek olarak saptanmış olabilir. Ancak çalışmamıza daha fazla paralellik gösterecek şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada erken çocukluk döneminden ergenlik dönemine doğru gidildikçe istismara uğrama oranının arttığı, olguların %18,1'inin okul öncesi dönemde, %33,7'sinin okul döneminde, %48,2'sinin ise ergenlik döneminde cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir (36). Ancak çocukluk ve ergenlik dönemi yaş gruplarında pik cinsel istismara uğrama yaşının bimodal dağılım gösterdiğine yönelik literatür bilgisi de mevcuttur. ABD kaynaklarına göre istismara uğrama yaşlarının 5 yaş ile 14 yaş civarlarında yoğunlaştığı belirtilmektedir (12). Stockholm'de geniş örnekleme yapılan bir çalışma da 13-17 yaş grubundaki kızların en yüksek 2 yıllık cinsel istismar yaygınlığına (%0,69) sahip olduğunu, 5-12 yaş grubundaki kızların %0,11 oranında ve 0-4 yaş grubundakilerin ise %0,04 oranında 2 yıllık cinsel istismar yaygınlığına sahip olduklarını bildirmektedir (108). Bizim çalışmamızda da olguların olay zamanındaki yaşlarının dağılımına bakıldığında 14 yaş en fazla sayıda cinsel istismar olgusunun ($n = 58$) olay zamandaki yaşı olarak saptanmıştır. Bu açıdan bu bulgu literatürle uyumludur. Olay zamanındaki yaş dağılımına bakıldığında özellikle ergenlik döneminin ön ve orta dönemlerinde (13 – 16 yaş aralığında) yoğunlaşma olduğu, ancak 17 ve 18 yaşlarında ise sıklığın keskin bir şekilde azaldığı göze çarpmaktadır. Yoğunlaşmanın en fazla olduğu yaş dilimi aynı zamanda ergenlik dönemi kimlik karmaşalarının ve özerklik çabalarının arttığı bir dönemdir. Bu dönem ile cinsel istismar sıklığı artışı ile korelasyon göstermesi oldukça anlamlıdır. İlk kez istismara uğrama yaşı ile ilgili ABD'de ulusal temsiliyeti yüksek bir örnekleme yapılan bir çalışmaya göre aile üyeleri tarafından ilk kez cinsel istismara uğrama ortalama yaşları kızlarda 8,18, erkeklerde 7,78 iken aile dışı kişiler tarafından ve fiziksel kuvvet kullanılmadan ilk kez cinsel istismara uğrama ortalama yaşları kızlarda 12,68, erkeklerde 10,66

ve aile dışı kişiler tarafından ve fiziksel kuvvet kullanılarak ilk kez cinsel istismara uğrama ortalama yaşları kızlarda 12,52 ve erkeklerde 8,48'dir (41).

7.1.2. Cinsiyet

Çalışmamızdaki örneklemin %84,7'si kız olup yalnızca %15,3'ü erkektir. Yani kız / erkek oranı yaklaşık 5,53/1 oranındadır. Ülkemizde 2014 yılında yayınlanan bir çalışma bizim bulduğumuz oranlarla birebir benzerlik göstermekte olup bu çalışmada istismara uğrayan olguların %84,6'sını kız çocukları, %15,4'ünü ise erkek çocukları oluşturmaktadır (37). Kızlarda istismarın çok daha sık olarak gözlenmesi sürpriz olmamıştır. Kız cinsiyet farklı çalışmalarda tarafından cinsel istismar için risk faktörü kabul edilmektedir (7 – 9). Bazı çalışmalar kızlarda cinsel istismarın erkeklere oranla 4 kat daha fazla görüldüğünü belirtirken (109) bazıları ise kızların cinsel istismara uğrama riskini erkeklere oranla 10 kat daha fazla bulmuştur (110). Geniş örneklerde (1000 olgudan daha fazla) yapılan çalışmalarda kızlarda cinsel istismar yaygınlığı %5,8 ile %34 arasında, erkeklerde ise %2 ile %11 arasında bulunmuştur (35). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre ise istismara uğrayan olguların %69'unu kızların oluşturduğu belirtilmektedir (36).

7.1.3. Başvuru Seneleri

Çalışmamızdaki olguların başvuru senelerine göre dağılımında 2014 ve 2015 yılında başvuran olgular tüm örneklemin yarısından fazlasını (%55,3) oluşturmaktadır. Ancak daha sonraki yıllarda her bir sene için başvuran olguların tüm örnekleme oranları %5 ile %11,5 arasında değişmektedir. Bu durum son senelerde cinsel istismar sıklığının bölgemizde azalması varsayımıyla açıklanamamaktadır. 5237 sayılı TCK'nın cinsel suçlarla ilgili maddesinde mağdurun ruh sağlığının bozulması failin cezasını artırıcı bir nitelik taşıyorken 2014 yılında bu hüküm kaldırılmıştır (69, 111). Bu nedenle 2015 senesinden sonra adli makamlar tarafından istismar mağdurlarının ruh sağlığının bozulup bozulmadığının tayini amacıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi yapılmayıp genel olarak adli makamlar tarafından üçüncü basamak kuruluşlara daha az oranda yönlendirme yapılmaktadır. Ancak 2020 senesindeki başvuruların tüm örnekleme oranının %7,4'te kalması COVID-19 pandemisiyle ilişkili olabilir. Bu önermeyi destekleyici şekilde çalışmamızın yapıldığı İzmir şehrinde yapılan başka bir çalışmada da pandeminin ilk 45 gününde önceki yıllarla karşılaştırıldığında cinsel istismar nedeniyle ÇİM başvurusu yapılan olgu sayısının %50 oranında azaldığı saptanmıştır (112).

7.1.4. Ebeveyn Eğitim Düzeyi ve Ebeveyn Psikopatolojileri

Örneklelimizdeki cinsel istismar olguları içinde ebeveyn eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan olguların oranı annelerde %80,2 ve babalarda %83,6 gibi oldukça yüksek düzeylerdir. Çalışmamızın bulgusuyla tutarlı olacak şekilde Avustralya’da 2664 olguyla yapılan uzunlamasına bir kohort araştırmasına göre annenin liseyi bitirememiş olması çocukta nitelikli cinsel istismar risk artışı ile ilişkili bulunmuştur (113). Afrika örnekleminde kız ergen olgularda yapılan bir araştırmaya göre de baba eğitim düzeyi düşüklüğü cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (114). Bunun yanı sıra cinsel istismar ile herhangi bir sosyodemografik faktör arasında net bir ilişki olmadığına yönelik yayınlar da mevcuttur (115). Örneklelimizde annelerde en sık saptanan psikiyatrik bozukluk MDB, babalarda ise MKB’dir. Literatürde de çalışmamıza benzer şekilde anne ve babada psikiyatrik bozukluk olması, özellikle madde kullanımının olması çocukta cinsel istismar için risk oluşturmaktadır (7). Bir çalışmaya göre ebeveynlerinde depresyon, mani veya şizofreni öyküsü bulunan olgularda fiziksel, cinsel veya herhangi bir istismara uğrama 2 – 3 kat daha yüksek oranda görülmektedir (116). Psikopatoloji yüklülüğü olan ailelerde çarpık aile içi ilişkiler olabilir. Özellikle antisosyal özellikleri olan ve madde kullanımı olan babalarda enstest ilişkilere yatkınlık daha fazla olabilir.

7.1.5. Ebeveyn Boşanması & Örgün Eğitime Devam Edememe

Örneklelimizde istismara uğramış olan olguların %37,9’unun aile yapısının parçalanmış aile olduğu (ebeveyn boşanması ve ebeveyn kaybı ile birlikte) ve %33,5’inin ise ebeveynleri boşanmış ailelerden oluştuğu görülmektedir. Literatürde de ebeveynlerin boşanmasının ve özellikle bir ya da iki ebeveyn olmayışının cinsel istismar için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (117, 118). Avrupa Birliği üye ülkelerinde yapılan Eurostat araştırmasına göre 2019 yılında saptanan boşanma oranının 1000 kişide 1,8 (119), Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde 2020 yılı kaba boşanma hızının da binde 1,62 (120) olduğu düşünülürse çalışmamızdaki cinsel istismar örnekleminde ebeveyn boşanmasının genel sıklığa göre yüksek çıkması literatürle uyumlu görünmektedir.

Örneklelimizde istismara uğramış olan olguların %28,8’inin örgün eğitime devam edemedikleri saptanmıştır. Neredeyse olgularımızın üçte birinin eğitimini yarıda bırakmış olması cinsel istismarın eğitim hayatını olumsuz etkilediği gibi önemli bir sonucu ortaya koymaktadır. Yayınlarda temel akademik becerilerde uzmanlaşmadan, istismara maruz kalan çocukların, kısa ve uzun vadeli akademik başarısızlık, okulu bırakma, suç faaliyetlerine dahil olma, hapsedilme, sosyal yardım programlarına bağımlılık ve evsizlik açısından yüksek risk

altında olabilecekleri belirtilmektedir (121, 122). Yapılan bir çalışmada çocuk istismarı ile eğitimsel sonuçlar arasındaki bağlantının, bağlanma, duygu düzenleme ve eylemlilik duygusu gibi çocuklarda temel gelişimsel süreçlerin bozulmasıyla kısmen açıklanabildiği belirtilmektedir (123). Anabilim dalımızda yapılan bir çalışmada ise nitelikli değil ama basit cinsel istismara uğrayan olgularda okula devamlılığın psikiyatrik bozukluk gelişmesi karşısında koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiştir (124).

7.1.6. İstismarcılar

Örneklemimizde yer alan olgulara istismarda bulunan faillerin örneklemdeki dağılımına bakıldığında en büyük grubu %31,8 ile olguların arkadaşları oluşturmaktadır. Arkadaşı ise sırasıyla olguların tanıdığı kişiler (%25,9), tanımadığı kişiler (%15,9), akrabalar (%15,6) ve aile içinden bireyler (%10,9) takip etmektedir. Özellikle ergenlik döneminde arkadaşlık ilişkileri çok hızlı bir şekilde riskli alanlara savrulabilmektedir. Ergenlik döneminin getirdiği bağımsızlaşma çabaları ve artmış dürtüsellik ergenler arasında riskli davranışların gelişimine zemin hazırlar. Aile içinden bireylerin istismarda bulunma oranı Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmaya kıyasla çalışmamızda oldukça yüksek oranda bulunmuş olup bu çalışmada aileden bireylerin istismarda bulunma oranı %1,4'te kalmıştır (42). Ancak ülkemizde yapılan başka bir araştırmaya göre ise aile içinden bireylerin istismar etme oranı %31,1, çocuğun tanıdığı bir kişi tarafından istismar oranı ise %73,5 bulunmuştur (36). Toplum tabanlı örneklemde ise ülkemizde aile içi cinsel istismar oranı %13,9 olarak saptanmıştır (43). Ancak aile içi istismarların büyük kısmının ortaya çıkmadığı bilinmekte ve gerçek oranın saptananın çok daha üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (44). Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi tarafından yapılan bir araştırmada istismarcıların dağılım verilerine bakıldığında bizim çalışmamıza benzer şekilde olguların arkadaşları %33,3 ile en büyük istismarcı grubu oluşturmuştur. Bunun yanı sıra yabancı bir kişi tarafından istismar %25,9 oranında, olgunun bir erkek akrabası tarafından istismar %7,4 oranında ve olguların öz babası tarafından istismar ise %14,8 oranında saptanmıştır (45). Bizim örneklemimizde ise öz baba tarafından istismar oranı bu çalışmadan daha düşük oranda olup yalnızca %5,6 oranında, üvey baba tarafından istismar oranı ise %2,1 oranında saptanmıştır. Finlandiya'da yapılan bir çalışma verileri ise öz baba tarafından cinsel istismar oranının ülkemizdeki verilerden daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır: Olguların yalnızca öz baba tarafından cinsel istismar oranı %2, yalnızca üvey baba tarafından cinsel istismar oranı ise %3,7 ve öz veya üvey baba tarafından cinsel istismar oranı %5'tir (125). Bizim çalışmamızda ise öz veya üvey baba tarafından cinsel istismar oranı %7,7 olarak bulunmuştur.

Erkek kardeş tarafından cinsel istismara uğratılma oranlarına bakıldığında ise çalışmamızda bu oran %2,4 olarak bulunmuştur. Oysaki, 2013'te yayınlanan bir çalışmaya göre 291 cinsel istismar mağduru kadının 40'ında (%13,7) istismarcı olguların erkek kardeşidir (126). Özellikle istismarcının aile içinden olduğu cinsel istismar oranlarında kültürler arasında oldukça farklı oransal rakamlar dikkati çekmektedir. Bu durum farklı kültürlerdeki aile dinamiklerine yönelik daha yüksek bir anlayışın ortaya konulmasını gerektirmektedir.

İstismarcıların cinsiyeti değerlendirildiğinde Gazi Üniversitesi'nde yapılan araştırmada istismarcıların tamamı erkek olarak saptanmış olup (45) bizim çalışmamızda ise 340 olgu içerisinde sadece 2 kız olgunun istismarcısı üvey anne, 1 kız olgunun ise istismarcısı kız arkadaştır. Yani istismarcısının kadın olduğu olguların oranı %0,8'dir. Erkek cinsiyette olup istismarcının kadın olduğu olgu ise çalışmamızda saptanmamıştır. Ülkemiz gibi doğu kültürlerinde kadın istismarcıya pek rastlanmazken batıdaki çalışmalarda -istismarcının erkek olmasına göre oldukça düşük oranda bulunsa da- istismarcının kadın olması hiç de bizdeki kadar düşük oranlarda değildir. Almanya'da 2516 katılımcıyla yapılan bir araştırmaya göre cinsel istismara uğramış olgular içinde istismarcısının kadın olduğu olguların oranı %9,9 bulunmuş olup bu kadın istismarcıların istismar ettiği bireylerin çoğunun erkek olduğu saptanmıştır (127). Ülkemiz ile batı ülkeleri arasındaki bu farklılık muhtemelen kültürel nedenlerden kaynaklanmaktadır.

7.1.7. Cinsel İstismar Sonucu Gebe Kalma & Çocuk Doğurma

Örneklemimizdeki kız olgularda cinsel istismar sonucunda gebe kalma ve çocuk doğurma oranları sırasıyla %5,9 ve %4,2 olarak bulunmuştur. Ergenlik dönemindeki gebelikler riskli gebelikler sınıflandırmasında yer almaktadır. Türkiye'de 2008 yılı verilerine göre ergenlik döneminde çocuk doğurarak anne olma oranları 15 yaşında %0,4, 16 yaşında %2,2, 17, yaşında %4,4, 18 yaşında %9,7 ve 19 yaşında %12,9 şeklindedir (128). Ancak ergenlik döneminde gebelik oranları ülkemizde %35 gibi çok yüksek bir oranda saptanmıştır (128). Bu çalışmada ergenlik döneminde saptanmış çocuk doğurma oranları bizim çalışmamızda bulduğumuz orana göreceli olarak yakın olsa da ülkemizde saptanan ergenlik döneminde gebe kalma oranları örneklemimizde bulduğumuz oranın neredeyse 7 katı kadar fazladır. Bu durum aslında daha önce de dile getirdiğimiz üzere bilinen cinsel istismar oranlarının dünyada olduğu gibi Türkiye'de de buzdağının görülebilen küçük bir kısmını temsil ettiği sonucuna bizi götürmektedir. Literatürde çocukluk dönemi cinsel istismarının adolesan gebelik oluşmasını 2,21 kat (%95 GA, 1,94 – 2,51) artırdığı, 10 gebe ergenden 4,5'inde geçmiş cinsel istismar

öyküsü olabileceği belirtilmiştir (129). Aile-çocuk çatışması, annenin aile ile ilişkisinin olmaması, madde kullanımı ve genç yaştan adolesan gebelik oluşumunda artırıcı risk faktörleri oldukları da vurgulanmaktadır (130). Çalışmamızda incelenmesi amaçlanmamış olsa da adolesan gebeliklerin ve adolesan çocuk doğurmanın geçmiş istismarı simgeleyen bir travma hatırlatıcısı olarak kız ergenleri ruhsal açıdan olumsuz etkileyebileceğinin vurgulanması gereklidir.

7.1.8. Ailesel Olumsuz Psikososyal Özellikler

Örnekleminizdeki cinsel istismar olgularının %23,9'unda aile içi şiddet varlığı, %16,6'sında ailede suça bulaşma varlığı, %14,4'ünde kaotik aile ortamı varlığı, %11,6'sında ailede alkol, madde kullanım bozukluğu varlığı ve %6,2'sinde ailede öz kıyım girişimi öyküsü varlığı saptanmıştır. Özellikle neredeyse her 4 olgudan birinde aile içinde şiddetin olması göze çarpmaktadır. İspanya'da yapılan bir çalışmaya göre çocukluk çağı cinsel istismarını ailede yüksek doz alkol tüketiminin 3,37 kat (%95 GA = 1,40 – 8,07) ve aile içinde şiddetin 3,58 kat (%95 GA = 1,32 – 9,67) artırdığı saptanmıştır (48). Ebeveynler arasında çatışmaların olması, annede alkol/madde kullanımının olması, yanlış ebeveyn tutumları da cinsel istismar ile ilişkili bulunan diğer ailesel psikososyal faktörlerdendir (7). Literatüre bakıldığında cinsel istismar ile bu tür olumsuz psikososyal yaşam olayları arasındaki ilişkiye dair çalışmalar bulunuyor olsa da bu özelliklerin cinsel istismar olgularındaki prevalansına yönelik değerler bildiğimiz kadarıyla bulunmamaktadır.

7.1.9. Gelişimsel Özellikler ve Zekâ

Örnekleminizdeki olguların %13,9'unda nöromotor gelişme gecikmesi, %12'sinde de konuşma gecikmesi saptanmıştır. Çocuğun kendini iyi şekilde ifade edememesi tıpkı gelişimsel patolojiler, davranışsal problemler ve zekâ ile ilgili durumlar gibi faktörlerle birlikte çocuğun cinsel istismarı için risk faktörlerinden olarak görülmektedir (3, 131). Gelişimsel gecikmeye sahip çocukların özellikle 7 – 12 yaşları arasında cinsel istismara maruz kaldıkları bildirilmektedir (132). Ayrıca çalışmamızda olguların %2,6'sının klinik olarak parlak/üstün zekâ düzeyine, %56,8'inin klinik olarak normal zekâ düzeyine, %15'inin klinik olarak künt/donuk normal zekâ düzeyine, %11,8'inin klinik olarak sınır zekâ düzeyine, %12,4'ünün klinik olarak hafif düzey zihinsel yetersizliğe ve sadece %1,5'i klinik olarak orta düzey zihinsel yetersizliğe sahip olduğu görülmektedir. Marmara Üniversitesi'nde yapılmış bir çalışmaya göre ise cinsel istismar olgularının %70,1'inin normal zekâ düzeyine, %14,6'sının sınır zekâ düzeyine, %12,1'inin hafif düzey zihinsel yetersizliğe, %1,9'unun orta düzey zihinsel yetersizliğe ve

%0,6'sının ağır düzey zihinsel yetersizliğe sahip oldukları rapor edilmiştir (62). Aslında bizim çalışmamızdaki ve bu çalışmadaki oranlar örneklemimizdeki künt/donuk zekâ kapasitesinde saptananlar normal zekâ kapasitesi grubu içinde düşünülecek olursa birbirleriyle birebir paralellik göstermektedir. Ancak belirtmeliyiz ki, çalışmamızdaki olguların %40,7'sinin normalin altında bir zekâ kapasitesinde olarak saptanması aslında zekâ faktörünün cinsel istismara uğramada ne kadar önemli bir risk teşkil ettiğini gözler önüne sermektedir. Ayrıca cinsel istismar olgularında gelişimsel psikiyatrik bozukluklar önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde de bu tür olgularda başta zihinsel patolojiler, konuşma ve öğrenme bozuklukları olduğuna yönelik veriler bulunmaktadır (9). Bizim çalışmamızda da cinsel istismar mağduru olgularımızın %15,5'inde olaydan önce zihinsel yetersizlik, %13,5'inde de olaydan önce DEHB gibi nörogelişimsel bozukluklar saptanmıştır.

7.1.10. Psikiyatrik Bozukluklar

Cinsel istismara uğrayan her çocuk veya ergen psikopatoloji geliştirmeyebilir. Cinsel istismara uğramış olguların %20 – 50'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmadığı bildirilmiştir (33). Literatürün söylediğine benzer şekilde bizim çalışmamızdaki olguların %43,5'inde herhangi bir psikiyatrik problem saptanmamış olup %71,2'sinin ruh sağlığında bozulma olmadığı kanaatine varılmıştır. Daha önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular içinde de %60'a varan oranda psikiyatrik bozukluk geliştirmemiş olgular söz konusudur. Ancak cinsel istismar eyleminin yol açacağı akut klinik psikiyatrik problemler ve uzun dönemde klinik psikiyatrik problemler birbirinden farklılık göstermektedir. Bu olgularda zaman içinde psikiyatrik bozukluklar gelişebilir.

Olgularımızda en fazla rastlanan psikiyatrik bozukluk %27,6 ile TSSB'dir TSSB'yi de %27,1 ile MDB izlemektedir. Bunlar hiç de şaşırtıcı sonuçlar değildir. TSSB ve MDB pek çok çalışmada cinsel istismar olgularında en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da cinsel istismar olgularında en sık %36,9 oranıyla TSSB saptanmıştır (62). Başka bir çalışmada da en sık olarak akut stres bozukluğu (%37,6), MDB (27,1), davranım bozukluğu (%22,4) ve TSSB (%12,9) oranlarında saptanmıştır (133).

Olgularımızda DEHB görülme oranı %12,6'dır. İlginç bir şekilde Türkiye'deki çocukluk yaş grubunda yapılmış en geniş epidemiyoloji çalışmasında da DEHB yaygınlığı %12,4 olarak saptanmıştır (134). Türk örneklemelerinde DEHB yaygınlığının dünya geneline göre daha fazla oranda olduğu bildirilmiştir (135). Aslında genel örnekleme göre cinsel istismar örnekleminde

DEHB tanısının daha yüksek oranda olması beklenebilirdi. Çünkü cinsel istismar olgularında DEHB de oldukça sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardandır. 10496 erkek ve 12877 kadından oluşan büyük bir örnekleme 16 yaşından önce cinsel istismara uğrama klinik DEHB tanısıyla ilişkili bulunmuştur (136). Ancak burada cinsel istismar klinik örnekleme ile toplum örnekleme arasında DEHB oranlarının benzer çıkması muhtemelen örneklemeler arasındaki kız/erkek oranındaki farklılıktan dolayı kaynaklanmaktadır. Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmaya göre çocukluk dönemi cinsel istismarının uzun dönem sonuçlarında depresyon olasılığını 3 kat, anksiyete olasılığını 2,6 kat ve diğer ruhsal hastalıkların olasılığını 4,1 kat artırdığı ortaya konulmuştur (137). Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada da cinsel istismar olgularının %28,9’unda TSSB, %20,2’sinde akut stres bozukluğu, %11,6 oranında ZY ve %5,2 oranında DEHB saptanmıştır. Bizim örneklemimizin %13,2’sinde ZY saptanmış olup oranlar arasında büyük fark bulunmamaktadır.

Çocukluk dönemi cinsel istismarı madde kullanım problemleri için risk faktörü olarak yer alsa da (138, 139), çalışmamızdaki istismar olguları içinde MKB tanısını karşılayanların oranı sadece %4,7’dir. Eşik altı MKB saptananların oranı da %1,5’tir. ABD’de yapılan bir araştırmada ise cinsel istismara uğrayan ergenlerde madde kullanımının uğramayanlara göre daha fazla olduğu, cinsel istismara uğrayan ergenler içinde kokain kullanımının %7,8, esrar kullanımının ise %38,2 olduğu bulunmuştur (140). Bu farklılığın temelinde örneklemelerin içinde bulunduğu kültürlerin birbirinden çok farklı olduğu söylenebilir.

Cinsel istismara uğrayan olgularda OSB tanısı çok üst sıralarda yer almamaktadır. Nitekim bizim çalışmamızda da yalnızca bir olguda OSB saptanmıştır. Ancak literatürde OSB’lilerin %16,6’sı gibi hiç de az olmayan oranlarda cinsel istismarın görüldüğü de belirtilmektedir (141). Bu durum örneklemeler arası farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

7.2. Cinsel İstismarda Cinsiyetin Olumsuz Ruhsal Sonuçlar Doğurmadaki Rolü

Çalışmamızda yer alan ilk hipotezde cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde kızların erkeklere göre daha olumsuz ruhsal sonuçlar doğurduğu varsayımı yapılmıştır. Bu hipotezimiz çalışmamızın cinsiyetle ilişkili bulgularıyla doğrulanmıştır.

7.2.1. Anksiyete Bulguları Açısından Cinsiyetin Rolü

Çalışmamızda yer alan anksiyete puanlarından çocuk tarafından puanlanan PB ve OK puanları hem çocuk hem de ebeveyn tarafından puanlanan YAB ve toplam anksiyete puanları ve ebeveyn tarafından puanlanan SAB puanları kızlarda erkeklere oranla anlamlı olarak daha

yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ve anksiyete puanları arasındaki ilişki regresyon modellerine uygulandığında da kız cinsiyetin daha yüksek düzeylerde çocuk tarafından puanlanan YAB, OK ve toplam anksiyete puanlarını, daha yüksek düzeylerde ebeveyn tarafından puanlanan SAB puanlarını yordadığı saptanmıştır. Çocuk tarafından puanlanan PB puanlarını yordayıcı faktörlerde cinsiyetin yanı sıra yaş, olay zamanındaki yaş, ilk kez istismara uğrama yaşı ve istismar tipi de modele dahil edildiğinde bile kız cinsiyetin daha yüksek PB puanlarını yordayıcılığı devam etmiştir. Sadece ebeveyn tarafından puanlanan toplam anksiyete puanlarını yordamada ilk kez istismara uğrama yaşı modele eklendiğinde cinsiyetin yordayıcılığının devam etmediği gözlenmiştir.

Aslında cinsel istismarın da ötesinde anksiyete bozukluklarının çocuk ve ergen yaş gruplarında kız çocuklarında erkek çocuklara oranla daha fazla görüldüğünün vurgulanması gerekmektedir (142). Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın oluşmasında testosteronun anksiyeteyi azaltıcı etkisi savunulan görüşlerden bir tanesidir. Literatürdeki pek çok çalışmanın testosteronun anksiyeteyi azaltmada etkili olduğuna bu nedenle erkeklerde anksiyetenin ve duygudurum sorunlarının kızlara göre daha az olabileceğine işaret ettiği vurgulanmaktadır (143). Diğer yandan damgalanma da özellikle kız çocukları için önemli bir sorundur ve toplumdan dışlanma kaygısını da beraberinde getirmektedir. Özellikle bizim toplumumuz gibi ataerkil toplumlarda geleneksel veya kültürel orijinlerin de etkisiyle kadına yönelik daha kolay damgalama eğilimi söz konusudur. Erişkin yaş grubunda cinsel istismara uğramış olan kadınlarla yapılan bir çalışmada psikiyatrik tanısı olmayan kadınlarda bile içselleştirilmiş damgalamanın psikiyatrik tanı alanlardan neredeyse farksız şekilde gerçekleştiği bildirilmektedir (144). Damgalama da beraberinde sosyal izolasyon ve sosyal anksiyeteyi getirebilmektedir (145). Zaten denklemde cinsel istismar olmasa da SAB'nin kızlarda erkeklere göre daha fazla bulunduğu bilinmektedir (146). Bu nedenle cinsel istismarın kız cinsiyetinde pek çok anksiyete alt kategorisine ait bulguları daha fazla artırdığı söylenebilir. Bunun yanı sıra okul ortamından kaçınma/okuldan korkmanın kızlarda daha yüksek olması istismarcıların okuldaki arkadaşlar ya da öğretmenlerden oluşmasıyla ilişkili olabilir. Okul ortamında en fazla oranda akranların ama daha az oranda da olsa öğretmenlerin ve diğer yetişkinlerin istismarcı olabildikleri bildirilmiştir (147 – 149). Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre ise okul ortamında istismara uğrayan kız mağdurların istismarcılarının genelde kendisinden yaşça biraz daha büyük akranlardan, erkek mağdurların istismarcılarının ise daha çok yetişkinlerden oluştuğu bildirilmektedir (150). Bunun yanı sıra akran zorbalığı da istismar mağdurlarının okuldan kaçınması için önemli bir nedendir. 8194 olgu ile yapılan bir

araştırmaya göre ise hem istismara uğramış kızlarda hem de istismara uğramış erkeklerde akran zorbalığı ve siber zorbalık 6 aylık izlem sonucunda 2 kat artmış olarak saptanmıştır (151). Bu durum da kurbanların okuldan daha çok korkmasına ve okuldan kaçınmalarına sebep olabilir. Çalışmada ayrıca okullarda güvenliğin üst düzeyde tutulması gerekliliği ve okullarda cinsel istismar ve akran zorbalığı konusunda eğitimlerin daha yaygın şekilde verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (150).

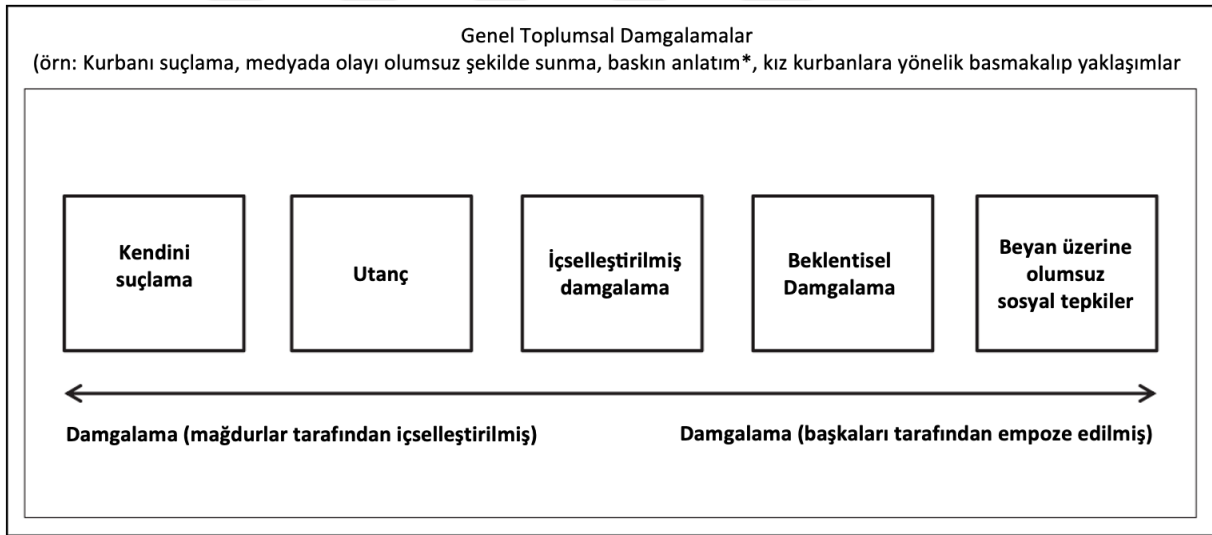
7.2.2. Depresyon Bulguları Açısından Cinsiyetin Rolü

Çalışmamızda yer alan kızların BDÖ puanlarının erkeklerinkinden daha yüksek olduğu, ancak ÇDÖ puanlarının ise iki cinsiyet arasında farklılaşmadığı saptanmıştır. Cinsiyet ve BDÖ puanları arasındaki ilişki regresyon modellerine uygulandığında BDÖ puanlarını yordayıcı faktörlerde cinsiyetin yanı sıra istismarda sözel/fiziksel zorlanma ve ilaç tedavisi alma faktörleri modele dahil edildiğinde bile kız cinsiyetin daha yüksek BDÖ puanlarını yordayıcılığı devam etmiştir. Ancak ÇDÖ puanları ile cinsiyet arasında bir regresyon ilişkisi kurulamamıştır. ÇDÖ ölçeğinin daha çok 12 yaş ve altındaki olgulara BDÖ'nün ise daha çok 13 yaş ve üzerindeki olgulara doldurtulduğu göz önüne alınırsa bu durum kız cinsiyetin daha çok ergenlik döneminde depresyon puanlarının artışıyla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Depresyon puberteden önce her iki cinsiyette benzer oranlarda görülürken puberte sonrasında kızlardan depresyon görülme oranları erkekleri ikiye katlamakta ve 2/1 oranında kız cinsiyet baskınlığı görülmektedir (152 – 155). Aslında puberteden önce ve puberteden sonra depresyonun oluşturduğu cinsiyet kompozisyonundaki bu değişim ÇDÖ ve BDÖ ölçeklerindeki ölçüm sonuçlarındaki farklılığı kısmen açıklayabilmektedir. Ama bunun yanı sıra tıpkı anksiyete bulgularında bahsedildiği gibi benzer biçimde erkek cinsiyette yer alan ve puberteyle birlikte artış gösteren testosteron hormonunun erkeklerde kızlara göre daha az düzeyde depresyon oluşmasıyla ilişkili olduğuna yönelik kanıtlar da vardır (143). Hipogonadal erkeklerde daha yüksek anksiyete/depresyon düzeyleri tespit edildiği (156), testosteronun hem kadınlarda hem de erkeklerde anksiyolitik ve antidepresan etkilerinin olduğu ancak altta yatan mekanizmanın henüz aydınlatılamamış olduğu belirtilmektedir (143). Bu biyolojik boyutun yanı sıra belki de olumsuz stresörlerle baş etmeyi ve ruh sağlığının bütünlüğünü koruyup devam ettirmeyi sağlayan bir kişilik özelliği olan dayanıklılık veya psikolojik sağlamlık (resilience) faktörünün (157) cinsiyetler arasında farklılaşan rolünden de bahsetmek gerekmektedir. Çin'de genç üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmaya göre kızların erkeklere göre psikolojik sağlamlığının daha zayıf olduğu, kızların psikolojik zorluklara daha

duyarlı oldukları ve dayanıklılık, algılanan sosyal destek ve psikolojik zorluklar arasındaki ilişkilerde cinsiyetin aracılık edici bir rolünün bulunduğu saptanmıştır (158). Tıpkı yukarıda anksiyetede bahsedildiği gibi cinsel istismara uğrayan kızlarda damgalamanın depresyona gidişte de önemli bir rolü bulunmaktadır. Örneğin yapılan bir araştırmaya göre aile ve tanıdıklar tarafından cinsel istismar kurbanını suçlayıcı ve damgalayıcı tepkiler olması istismar mağdurlarında sağlık sorunları, TSSB ve MDB ile ilişkili bulunmuştur (159). Cinsel istismara uğrayan kızlarda genel toplumsal damgalamaların bu bireylerde oluşturduğu damgalama türleri değişkenlik gösterir. Bu damgalamaların bazıları mağdurlar tarafından içselleştirilir, bazıları ise dışarıdan insanlar tarafından sürekli empoze edilmektedir. (160). Cinsel istismara uğrayan kız olgularda oluşan damgalama çeşitleri Şekil 11’de gösterilmektedir.

Şekil 11. Cinsel İstismara Uğrayan Kızlarda Damgalama Çeşitleri (Kennedy & Prock, 2018 makalesinden alınmış ve Türkçeye çevrilmiştir.) (160)



*Baskın anlatım, (ing: Dominant narrative) tarihin baskın kültürünün oluşturduğu merceği tanımlamak için kullanılır (161). Yani farkında olunmadan toplumun baskın kültürünün empoze ettiği yaklaşımın, fikrin benimsenerek savunulması şeklinde açıklanabilir.

Görüldüğü üzere cinsel istismara uğramış kızlarda başta utanma ve kendini suçlama olmak üzere içe çekilme, sosyal izolasyon gibi belirtiler baş göstermektedir. Ağır psikopatolojileri olan olgularda suçluluk düşünceleri ve utanma duygulanımı sıklıkla rapor edilmiştir (162). Bizim olgularımızın TAT profillerine bakıldığında da genel örneklemde depresyonla ilişkili olabilecek temalar (sevgi ve güven ihtiyacı, depresyon-anksiyete temaları, üzüntü ve mutsuzluk temaları, saldırganlık, öfke ve agresyon, terk edilme-yalnızlık algısı) ön

planda saptanmıştır. Kızlarda ise terk edilme-yalnızlık algısı ve cinsel istismar teması erkeklerden anlamlı olarak daha fazladır. Bir çeşit sosyal izolasyona uğramış olan kız istismar mağdurlarının kendilerini insanlardan dışlanmış olarak hissetmeleri yalnız kaldıklarına veya terk edildiklerine yönelik inançlarını pekiştiriyor gibi görünmektedir.

7.2.3. Psikiyatrik Bozukluklar ve Genel Psikiyatrik Tablo Açısından Cinsiyetin Rolü

Ülkemizde yapılan bir çalışmada cinsel istismar sonrasında kızlarda psikiyatrik hastalıkların daha fazla olduğu saptanmıştır (133). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da daha önce psikiyatrik hastalık geçmişi olmayan olgular içinde kız olgularda olay sonrasında erkeklere göre daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık geliştiği saptanmıştır. Ancak bu ilişki regresyon modellerine alındığı zaman cinsel istismarda maksimum sözel/fiziksel zorlanma faktörü ve ilaç tedavisi alma durumu model bileşenlerine dahil edildiğinde cinsiyetin yordayıcılığı ortadan kalkmaktadır. Benzer şekilde ruh sağlığında kalıcı olarak bozulma oranları kızlarda daha yüksek oranda saptanmış olsa da cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Mağdurun ruh sağlığında kalıcı olarak bozulma olup olmadığı esasında mahkemelerin zanlılara cezai değerlendirme yapabilmeleri için klinisyenlerden istenen bir bilgidir. Kalıcı bozulma ise uzun süreli ilaç tedavisi ve yeterli süreye rağmen psikiyatrik bulgularda yeterli düzeyde iyileşme gösterememiş hastalar için oluşturulan bir kanaattir. Bu yüzden olgular için bu kanaatte bulunulması kolay bir şekilde olmamaktadır. Kızlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla rastlanan psikiyatrik tanı MDB iken erkeklerde ise ZY, YDB ve Dışa Atım Bozuklukları kızlara göre daha fazla oranda saptanmıştır. Çalışmamızda psikiyatrik tanı almayı cinsiyet yordamıyor olarak saptansa da tek başına MDB tanısını yordayıcılığına regresyon analizinde bakıldığında ilk kez istismara uğrama yaşı, istismarda maksimum sözel/fiziksel zorlanma, istismarın niteliğine göre şiddeti, istismar sayısı, yaş, IQ puanları ve olaydan önce MDB tanısının olması değişkenlerinin hepsi modelin içinde yer almasına rağmen kız cinsiyetin MDB tanısını yordadığı saptanmıştır. Buna karşılık TSSB ve AB tanılarını yordamada cinsiyet anlamlı düzeyde etkili bulunmamıştır.

Bu durum şu şekilde yorumlanabilir, cinsel istismar sonrasında psikiyatrik tanı almayı cinsiyetin tek başına belirlemediği ancak başka bazı risk faktörleri (örn. Maksimum sözel/fiziksel zorlanma) varlığında sistemde yer alınca belirleyiciliğinin olabildiği söylenebilir. Bunun yanı sıra gelişimsel psikopatolojiler (ZY ve DEHB gibi) de örneklemimizde sıklıkla saptanan psikiyatrik bozukluklar olup bu bozukluklar doğrudan cinsiyetle ilişkili bozukluklar değildir. Bu nedenle genel çerçevede istismar olgularında psikiyatrik tanı alma durumunun tek

başına cinsiyetle açıklanamıyor olması şaşırtıcı olarak görülmemiştir. Ancak olaydan önce ruhsal bozukluğu olmayan olgular baz alındığında kız cinsiyetin tek başına olmasa da istismar şiddeti aracılığıyla psikiyatrik tanı gelişiminde etkin bir faktör olarak saptanması yukarıda da bahsi geçtiği gibi kız cinsiyetinde cinsel istismarın psikopatoloji gelişiminde dikkat edilmesi gereken bir risk faktörü olduğunu bize göstermektedir. Ancak tek başına MDB tanısında cinsiyetin çok daha aktif bir rolü bulunmaktadır. Karıştırmaya olabilecek çok sayıda faktör kontrol edildiğinde bile kız cinsiyetin cinsel istismar şiddetinden bağımsız bir şekilde MDB tanısı için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. 1493 kadın ikizle yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismarın erişkin depresyon ile ilişkisi araştırılmıştır. Yapısal eşitlik modelinin kullanıldığı bu çalışmada kadın örneklem içinde çocukluk dönemindeki cinsel istismarın yaşam boyu depresyonla ilişkili olduğu saptanmıştır (163). Bu nedenlerden ötürü kız olgularda özellikle cinsel istismar varlığında MDB'nin gelişmesi riski her zaman klinisyenlerce akılda tutulmalıdır.

Burada TSSB için ayrı bir parantez açılmalıdır. Çalışmamızda TSSB kızlarda erkeklerden daha fazla oranda saptanmasına rağmen bu fark anlamlı düzeyde çıkmamıştır. Bunun nedeni örneklemimizdeki erkek olguların daha fazla düzeyde sözel/fiziksel olarak cinsel istismar zorlamasına maruz bırakılması, bu nedenle erkek çocukların beklenenden daha fazla düzeyde TSSB geliştirmeleri olabilir. 2017'de yapılan bir gözden geçirme ve meta-analize göre cinsel saldırı şiddeti tüm psikopatolojilerle ilişkili bulunmuştur, ancak daha şiddetli cinsel saldırı en fazla TSSB ve suisidalite ile ilişkili olarak saptanmıştır (164). Bu ilişki göz önünde bulundurulduğunda erkek çocuklar ve kızlar arasındaki TSSB geliştirme durumu tutarlılık göstermektedir. Çalışmamızı destekleyici şekilde ülkemizde 1250 cinsel istismara uğramış olgunun geçmişe dönük değerlendirmesini içeren bir başka çalışmada da TSSB cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde farklı saptanmamıştır (165).

Örneklemimizdeki olgularda DEHB, ZY, YDB ve dışa atım bozukluklarının erkek çocuklarda kızlara göre anlamlı olarak yüksek oranda bulunmuştur. Özellikle enürezis ve enkoprezisi içeren dışa atım bozukluklarının cinsel istismar mağduru erkeklerde daha fazla ortaya çıkması literatürle uyumludur (166). Ayrıca erkek çocukların daha fazla sözel agresyon, şiddet eğilimi, ani davranış değişiklikleri, dürtüsellik ve cinsel konulara artmış merakının bulunduğu belirtilmektedir (167). Bu bilgiyle paralel olacak şekilde erkek çocuklarının TAT profillerinde kızlardan anlamlı olarak yüksek saptanan tek tema da saldırganlık, öfke ve agresyon olmuştur. Ayrıca çalışmamızdaki DEHB tanısı olan erkeklerin DEHB tanısı olan kızlara

oranı 1,90 saptanmıştır. Oysaki, literatürde DEHB'nin cinsiyetler arası görülme oranı (E/K) epidemiyolojik örnekleme 3-4/1 iken klinik örnekleme ise 7-8/1 olarak belirtilmektedir (168). Burada kızlar ve erkekler arasında DEHB yaygınlığı açısından erkekler lehine anlamlı bir fark çıkması beklenirken böylesi bir fark çıkmamıştır. Ülkemizde yapılmış geniş örneklemler bir epidemiyoloji çalışmasına göre DEHB yaygınlığı kızlarda %8,6, erkeklerde ise %15,9'dur (134). Oysaki örnekleminizdeki kızların %11,1'inde, erkeklerin ise %21,2'sinde DEHB saptanmış olup ülke genelinde kız ve erkeklerde saptanan yaygınlıktan çok daha fazla orandadır. Bu durum cinsel istismara uğrayan olgularda DEHB'nin daha fazla görüldüğüne işaret etmektedir. DEHB'nin cinsel istismara uğrama riskini ve riskli cinsel davranışları artırdığı bildirilmektedir (169). Muhtemelen DEHB'nin içinde yer alan dürtüselliliğin olguların cinsel istismara daha fazla uğramasına yol açtığı söylenebilir. Ancak bizim çalışmamızda ZY erkeklerde yüksek saptanmış olsa da ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise cinsiyetler arasında ZY açısından belirgin bir fark bulunmamıştır (165). Bu durum muhtemelen örneklem arasındaki psikopatoloji kompozisyonunun farklılığından kaynaklanmaktadır.

7.3. Cinsel İstismarda Yaşın Olumsuz Ruhsal Sonuçlar Doğurmadaki Rolü

Çalışmamızda yer alan hipotezde çocukluk döneminde cinsel istismara uğramanın ergenlik döneminde cinsel istismara uğramaya göre daha olumsuz ruhsal sonuçlar oluşturacağı varsayımı yapılmıştır. Ancak analizler sonucunda elde ettiğimiz bulgulara göre olguların yaşı ve ilk kez istismara uğrama yaşı ile ilişkili sonuçların bu hipotezi büyük ölçüde desteklemediği, hatta kısmen tam tersi sonuçların yer aldığı saptanmıştır.

7.3.1. Cinsel İstismar Şiddeti Açısından Yaşın Önemi

Çalışmamızda yaş arttıkça cinsel istismarın niteliksel şiddetinin ve istismarda maksimum sözel/fiziksel zorlanmanın arttığı saptanmıştır. Yaş ile niteliksel şiddet ve yaş ile zorlanma arasındaki ilişkiler diğer ilişkili çıkan bağımsız değişkenlerle regresyon modellerine konulduğunda da bu ilişkinin devam ettiği, yani mağdurun yaşı arttıkça maruz kaldığı istismarın niteliksel şiddeti ve sözel/fiziksel zorlanma maruziyetinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Küçük çocukların kendisine karşı yapılan eyleme karşı koymada daha yetersiz olduğu, ancak yaş büyüdükçe karşı koymanın ve dolayısıyla istismarcı tarafından güç kullanmanın arttığı düşünülürse bu sonuçlar tutarlıdır. Ayrıca ergenlik dönemine giren kız ve erkeklerde ikincil seks karakterlerinin gelişmesiyle birlikte kendilerine karşı uygulanan cinsel istismarın niteliğinin elleme, dokunmadan çok penetrasyon şeklinde nitelikli bir özelliğe bürüneceği de düşünülebilir. Güncel bir çalışmada da daha küçük yaş gruplarına göre 15-18 yaş grubundaki

kız ergenlerde istismar sırasındaki zorlama ve tekrarlayan istismarlara bağı gelişen MDB daha yüksek oranlarda saptanmıştır (170). Bunun yanı sıra çalışmamızda nitelikli cinsel istismara uğrayan olguların yaş ortalaması basit cinsel istismara uğrayanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguya paralel şekilde Metin ve arkadaşlarının çalışmasında da 13 yaş altındaki olgularda nitelikli istismar oranı %48,3 iken 13 yaş üzerindeki olgularda bu oran %71,8 çıkmıştır. Bunun yanı sıra yaş arttıkça maruz kalınan istismar sayısının arttığına yönelik veriler de bulunmaktadır (171). Ancak bizim örneklemimizde yaş artışı ile maruz kalınan istismar sayısı arasında ilişki kurulamamıştır. Bu durum örneklem özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Çünkü çalışmamızda 6-18 yaş aralığında hem kız hem de erkek olgular yer almakta olup 2006'da yapılan çalışmanın örneklemini ise sadece lise dönemindeki kız olgular oluşturmaktadır. Nitekim çalışmamızdaki erkek olgularda istismarın tekrarlama puanı kız olgularından düşük saptanmıştır. Bu yüzden yaş ile maruz kalınan istismar sayısı arasında korelasyon olmamasında cinsiyet faktörünün bir rolü olduğu sonucuna varılabilir.

7.3.2. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından Yaşın Önemi

Çalışmamızdaki örneklemde yalnızca çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – PB ve ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – YAB puanlarının yaş ile artış gösterdiği saptanmıştır. Bu iki alt ölçek puanının yaş ile ilişkisi diğer ilişkili değişkenlerle beraber regresyon modellerine sokulduğunda ise yaşın PB puanını yordamadığı ancak yaş artışının ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – YAB puanlarında artışı yordadığı saptanmıştır. Depresyon puanlarına bakıldığında da ÇDÖ puanlarının yaş artışıyla beraber anlamlı artış gösterdiği saptanmıştır. Ancak ÇDÖ ile yaş arasındaki ilişki regresyon modeline uygulandığında cinsel istismarda maksimum sözlü/fiziksel şiddet kullanımı ve cinsel istismarın niteliksel şiddeti modele eklendiğinde yaş artışının tek başına ÇDÖ depresyon puan artışını yordamadığı saptanmıştır. Öte yandan psikiyatrik tanı alan, MDB tanısı alan, ilaç tedavisi alan, ruh sağlığında bozulma saptanan ve olaydan önce psikiyatrik tanı saptanmayanlar içinde psikiyatrik tanı alan olguların karşıtlarına göre yaş ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca psikiyatrik tanı sayısı artışı ile yaş artışı arasında ilişki bulunmuştur. Tüm bu ilişkiler karıştırıcı veya kontrol değişkenleriyle birlikte regresyon modellerine alındığında ise MDB tanısı alma dışındaki tüm diğer psikiyatrik sonuçları yaş artışının yordamadığı görülmüştür. Yalnızca MDB tanısı almada cinsel istismar şiddetine ait değişkenler, olaydan önce MDB tanısının olması, cinsiyet ve zekâ düzeyi de modele katılsa bile yaş artışının MDB tanısını anlamlı yordayıcılığının devam ettiği saptanmıştır.

Bu sonuçlara baktığımızda yaş artışının bazı istisnalar dışında genel olarak cinsel istismar olgularında olumsuz ya da olumlu psikiyatrik sonuçlarla ilişkisinin olmadığını ortaya koymaktadır. Bir yeniden gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasına göre cinsel istismar öyküsü olan bireylerde yaşam boyu psikopatoloji gelişme ilişkisi yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak saptanmıştır (172). Anabilim dalımızda yapılan bir çalışmaya göre nitelikli cinsel istismara uğrayanlarda aile bütünlüğü, cinsiyet ve okula devamlılık durumunun yanı sıra yaş da ruhsal bozukluk gelişimi ile ilişkili bulunmamıştır (124). Ancak özellikle cinsel istismar olgularında depresyon gelişiminin cinsel istismara ilişkin faktörlerden bağımsız olarak doğrudan yaş artışıyla ilişkili olarak bulunması özellikle ergenlik döneminde cinsel istismara uğrayan olgularda depresyon riskinin öngörülebilmesi açısından önem teşkil etmektedir. Baytunca ve ark'nın çalışmasında yaştan genel olarak ruhsal bozukluk gelişimiyle doğrudan ilişkisi gösterilmemiş olsa da aynı çalışmaya göre puberte intihar girişimi olasılığını nitelikli istismar olgularında artırıyor olarak saptanmıştır (124). Bu açıdan çalışma verilerimizi kısmen desteklemektedir.

Ergenlerde çocuk olgulara göre depresif semptom sıklığının ve devamlılığının arttığı bilinmektedir. 4-10 yaş arasındaki 1042 çocukla yapılan bir Norveç çalışmasında 8-10 yaş aralığında homotipik (psikiyatrik bozukluk içindeki) bulgu devamlılığının 4-6 yaş aralığındaki bulgu devamlılığından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (173) Buna ek olarak maruz kalınan cinsel istismar eyleminin ergende meydana getirdiği travmatik etkilenme, ergenlik dönemine özgü olan gelişimsel kimlik karmaşası sürecinin olumsuz yansımalarının etkisiyle depresif bulgularda artışa ve daha fazla MDB tanısının ergenlerde oluşmasına sebep olabilmektedir (174). Bir çalışmada anlamlı olmamakla birlikte cinsel istismara uğrayan olgulardan 15-18 yaş grubu arasında MDB görülme sıklığı 6-12 yaş arasındaki olgulardaki görülme sıklığına göre daha fazla bulunmuştur (82). Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışma da depresyon açısından çalışmamızın işaret ettiği sonucu desteklemektedir: Metin ve ark.'nın yaptığı çalışmada MDB tanısının yaş artışıyla artış gösterdiği ve özellikle de 15-18 yaş grubundaki kızlarda yüksek çıktığı belirtilmiştir (170). Bu çalışmada ayrıca genel olarak psikiyatrik tanı almanın cinsel istismar örneklemindeki yaş grupları arasında değişim göstermediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da tıpkı bu çalışmaya benzer şekilde genel olarak psikiyatrik tanı alma durumu yaştan bağımsız saptanmıştır.

Burada TSSB ile ilgili ayrı bir parantez açmak da gerekir. Çalışmamızda TSSB'nin yaşlar arasında görülme oranı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Metin ve ark'nın

alışmasında da TSSB cinsel istismara uğrayan olgular arasında yaşla birlikte anlamlı bir değişim göstermemiştir. Yazarlar bunun sebebini çalışmalarında yer alan erkek olguların daha çok 7-11 yaş aralığında yer alması ve bu olguların daha fazla ebeveyn şiddetine maruz kalmalarından kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir (170). Bu öngörü bizim çalışmamız için de geçerli olabilir. Bizim alışmamızda da bu yaş grubundaki erkek olguların varlığı ve TSSB tanısının yüksek saptanması, ayrıca erkek olgularda TSSB ile ilişkili olacak şekilde fiziksel zorlamanın örneklemimizde daha fazla saptanması TSSB görülmesinin yaşla seyrinde anlamlı bir trend oluşturmamasını açıklayabilir. Ancak bu çalışmanın örneklemi yalnızca kız olgulardan oluşsaydı TSSB'nin yaş ile korelasyonunun daha belirgin bir şekilde saptanabileceğini ileri sürülebilir. TSSB'nin cinsel istismarda görülme yaş aralıkları da çalışmadan çalışmaya farklılık göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada TSSB 7-11 yaş aralığında (170), başka bir çalışmada 4-6 yaş aralığında (55), başka bir çalışmada ise 15-18 yaş aralığında (82) TSSB yüksek olarak saptanmıştır. Bu farklılıklar örneklemelerin demografik özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ama şurası kesindir ki, TSSB ile yaş ilişkisi MDB ile yaş ilişkisi kadar belirgin değildir ve TSSB gelişimine katkıda bulunan başka psikososyal ya da istismar özelliklerine yönelik faktörler bulunmaktadır.

Çalışmamızda yaşın psikiyatrik sonuçlarla ilişkisi çoğunlukla saptanmamasına karşın ikili analizlerde ruh sağlığında bozulma, psikiyatrik tanı alma durumlarının yaş artışıyla ilişkisinin olduğu ve regresyon modellerinde bile bazı anksiyete puanlarının yaş artışıyla doğru orantı gösterdiği saptanmıştır. Bu durum aslında çocukluktan ergenliğe doğru bireylerin çevresinde olanlar ve kendisine yönelik yapılan eylemlerle ilişkili farkındalıklarının artmasıyla ilişkilidir. Özellikle yaş artışıyla bireyin kendisi ve çevresiyle ilgili farkındalığının artması da sosyal izolasyon, içe kapanma, damgalama ve kaygı sorunlarının artmasına yol açabilir (160). Bizim alışmamızda da muhtemelen bu nedenlerden dolayı daha büyük yaşlarda kaygı puanları yüksek çıkmıştır. Ayrıca 5237 sayılı TCK'da da 15 yaşından küçük mağdurların değerlendirmesinde 'kendilerine yönelik işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme becerilerinin yeterince gelişip gelişmediği' sorgulanmaktadır (69). Bu sorgulamanın temelinde daha küçük yaştaki çocuklarda bu becerilerin yeterince gelişemeyeceği ön kabulü yer almaktadır. Buradan hareketle olgulara yönelik işlenen cinsel istismar suçunun nasıl bir anlam ifade ettiğinin yaş artışı ile daha fazla idrak edilmesi beraberinde psikopatoloji oluşma zeminini ve bu durumla ilgili sorunları getirebilmektedir.

Ayrıca TAT profillerine bakıldığında suçluluk ve pişmanlık algısı, depresyon anksiyete temaları, olumsuz benlik algısı, üzüntü ve mutsuzluk temaları, başa çıkma becerilerinde bozulma, cinsel istismar, ölüm ve intihar temalarına sahip olan olguların yaşlarının daha büyük olması yaş artışının cinsel istismarda kısmen olumsuz ruhsal sonuçlarla ilişkili olduğunu desteklemektedir.

7.4. Sosyokültürel Düzey ve Psikososyal Özelliklerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü

Çalışmamızda ailelerin eğitim düzeyiyle ilgili veriler düşük sosyokültürel düzeydeki ailelerde daha şiddetli istismar olacağına dair hipotezimizi kısmen doğrulamaktadır. Ailesel olumsuz psikososyal faktörlerin cinsel istismar şiddetiyle ilişkili olacağına dair hipotezimiz çalışmamızın bulgularıyla büyük ölçüde doğrulanmıştır.

7.4.1. Sosyokültürel Durumun İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü

Çalışmamızda anne eğitim düzeyi istismar şiddetine yönelik hiçbir parametre ile ilişkili çıkmamış, ancak baba eğitim düzeyindeki düşüklük daha fazla sayıda cinsel istismara uğrama ile ve zincirleme istismarla ilişkili saptanmıştır. Ancak bu ilişkiler regresyon modellerinde diğer ilişkili saptanan değişkenlerle bir arada ele alınınca baba eğitim düzeyinin yordayıcılığı devam etmemiştir. Ayrıca olguların yaşadıkları yer ile maruz kaldıkları cinsel istismar şiddeti arasında da bir ilişki bulunmamıştır.

Afrika örnekleminde kız ergen olgularda yapılan bir araştırmaya göre de baba eğitim düzeyi düşüklüğü cinsel istismar ile ilişkili bulunmuştur (114). Bizim çalışmamızda da özellikle ikili analizlerde cinsel istismar sayısı ile baba eğitim düzeyi düşüklüğü ilişkili çıkmıştır. Her ne kadar bu ilişki regresyon modelinde devam etmemiş olsa da bu durumun sebebinin baba-kız encest ilişkilerinden köken aldığı söylenebilir. Çalışmamızdaki istismarcı babaların çoğunluğu alt gelir grubundan ve düşük eğitim seviyesine sahip babalardan oluşmaktadır. Bu nedenle baba eğitim düzeyi düşüklüğü tek başına olmasa da diğer olumsuz risk faktörlerinin bir bileşeni olarak görülmelidir. Düşük sosyoekonomik durum, babanın alkol/madde bağımlısı olması, antisosyal kişilik özelliklerine sahip olması gibi faktörler baba-kız encesti için belirtilen risk faktörlerindendir (175). 2019'da yapılan bir araştırmaya göre de aile içi cinsel istismar olgularının ailelerinin sosyoekonomik düzeyi ve ebeveyn eğitim düzeyleri (lise ve altı düzeyinde) düşük saptanmıştır (49). Çalışmamızda encest olgularına yönelik detaylı bir değerlendirme yapılmamıştır ancak gelecek çalışmalarda bu yönde kapsamlı araştırmalar yapılabilir. Çalışmamızda kontrol grubu olmadığı için anne eğitim düzeyi ile cinsel istismar ilişkisi doğrudan araştırılamamıştır ancak örneklemimizdeki olguların %80,2'si gibi yüksek bir

oranında anne eğitim düzeyi ortaokul ve altındadır. Bunu destekleyecek şekilde Avustralya’da 2664 olguyla yapılan uzunlamasına bir kohort araştırmasına göre annenin liseyi bitirememiş olması çocukta nitelikli cinsel istismar risk artışı ile ilişkili bulunmuştur (113). Olguların yaşadıkları yerler doğrudan olmasa da sosyoekonomik durum ile ilgili bir veri olabilir. Buna göre olguların yaşadıkları yerler ile cinsel istismar şiddeti arasında bir ilişki saptanamamıştır. Özellikle son yıllarda cinsel istismarın her sosyoekonomik tabakada gerçekleşebileceği bildirilmektedir (115). Ancak cinsel istismar şiddeti ile olguların yaşadığı yerler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma verisi bildiğimiz kadarıyla oldukça az sayıda olup Pittenger ve ark’nın yaptığı bir çalışmada düşük sosyoekonomik çevrede yaşamının veya komşuların düşük eğitim seviyesine sahip olmalarının uğranan cinsel istismar sayısı üzerine etkisinin bulunmadığı, bunun yerine bireysel faktörlerin daha fazla yordayıcılık anlamı taşıdığı ifade edilmektedir (176).

7.4.2. Ailesel Psikososyal Özelliklerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre ebeveynleri boşanmış olan olguların uğradıkları cinsel istismarın niteliksel şiddeti, sayısı, istismarda sözlü/fiziksel zorlanma ve toplam cinsel istismar şiddeti puanı ebeveynleri boşanmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca zincirleme istismara uğramış olgularda ebeveynlerin boşanması daha fazladır. Ancak bu ilişkiler ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine dahil edildiğinde ebeveyn boşanmasının yalnızca zincirleme cinsel istismarı yordadığı saptanmıştır.

Ailede şiddet olan olguların da uğradıkları cinsel istismarın niteliksel şiddeti, sayısı, istismarda sözlü/fiziksel zorlanma ve toplam cinsel istismar şiddeti puanı ailede şiddet olmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca nitelikli cinsel istismara, zincirleme istismara uğrayan ve fail sayısı bir kişiden fazla olan olgularda ailede şiddet daha fazla görülmüştür. Bu ilişkiler ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine dahil edildiğinde ailede şiddet varlığının istismarda sözlü/fiziksel zorlanma, istismar sayısı ve toplam cinsel istismar şiddeti puanını yordadığı saptanmıştır.

Ailede alkol madde kullanım durumu olan olguların sadece uğradıkları cinsel istismar sayısı ailede alkol madde kullanım durumu olmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca zincirleme istismara uğramış olgularda ailede alkol madde kullanımı daha fazladır. Ancak bu ilişki ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine dahil edildiğinde bu yordayıcılığın devam etmediği görülmüştür.

Ailede suça bulaşma durumu olan olguların da uğradıkları cinsel istismarın sayısı, istismarda sözlü/fiziksel zorlanma ve toplam cinsel istismar şiddeti puanı ailede suça bulaşma durumu olmayanlardan daha yüksek, ilk kez istismara uğrama yaşı ise ailede suça bulaşma olanlarda daha düşük saptanmıştır. Ayrıca zincirleme istismara uğramış olgularda ailede suça bulaşma daha fazladır. Bu ilişkiler ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine dahil edildiğinde ailede suça bulaşmanın yalnızca daha erken ilk kez istismara uğrama yaşını yordadığı saptanmıştır.

Kaotik aile ortamı olan olguların da uğradıkları cinsel istismarın niteliksel şiddeti, sayısı, istismarda sözlü/fiziksel zorlanma ve toplam cinsel istismar şiddeti puanı kaotik aile ortamı olmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca nitelikli cinsel istismara, zincirleme istismara uğrayan ve fail sayısı 1 kişiden fazla olan olgularda kaotik aile ortamı daha fazla görülmüştür. Bu ilişkiler ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine dahil edildiğinde kaotik aile ortamının cinsel istismarın niteliksel şiddetini, toplam cinsel istismar şiddeti puanını nitelikli cinsel istismar ve zincirleme istismarı yordadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda bu açıdan bulduğumuz bulgular hipotezimizle büyük ölçüde örtüşmektedir. Literatürde olumsuz psikososyal faktörlerin çocuk ve ergenlerde oluşturduğu ruhsal sonuçlara ve bu faktörlerin cinsel istismar için risk faktörü olduğuna ilişkin çok sayıda çalışma olsa da (177) bu faktörlerin cinsel istismar şiddetine olan etkilerine yönelik oldukça az sayıda çalışma bulunmaktadır. Aile içinde şiddet yaşamının çocukların yaşadıkları istismarda da sözlü/fiziksel şiddete maruz kalma olasılığını artırması oldukça 'ironik' bir sonuçtur. Ülkemizde 216 aile içi cinsel istismar olgusuyla yapılan bir çalışmada olguların yarısından fazlasında aile içi şiddetin yaşandığı ve bu olguların dörtte birinden fazlasında da aile bireyinin yaptığı istismarda fiziksel şiddet görüldüğü belirtilmektedir (49). Aile içi istismarlarda genellikle kaotik aile ortamı söz konusudur ve stabil bir yaşam tarzı ne yazık ki bu aileler ve çocukları için mümkün olmamaktadır. Çalışmamızdaki sonuca benzer şekilde bu tür kaotik aile ortamının bulunduğu olgulardan oluşan 2019 yılındaki çalışmada da biyolojik aileden gelen istismarcıların sosyo-legal (üvey baba, üvey erkek kardeş, ebeveynin arkadaşı) grupla benzer şekilde yüksek düzeyde nitelikli cinsel istismarda bulundukları belirlenmiştir (49). Öte yandan ilk kez cinsel istismara uğrayan çocuklarda istismarın şiddetinin artmasının tekrarlayan şekilde cinsel istismara uğrama olasılığını artırdığı belirtilmiştir (178, 179). Cinsel istismar risk faktörlerine yönelik yapılan en kapsamlı araştırmalardan biri 2019'da yayınlanmış bir meta-analiz çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre çocukluk çağındaki cinsel istismar için en güçlü risk

faktörü daha önce olan cinsel istismar mağduriyeti olarak saptanırken ebeveynlerde istismar mağduriyeti öyküsü, ebeveynler arasında şiddet, çekirdek aile olmayışı (üvey baba olması gibi), aile içinde izolasyon saptanan diğer ailesel risk faktörlerindendir (177).

Çalışmamızın verilerinde dikkat çekilmesi gereken şudur ki, bazıları regresyon analizlerinde anlamlı çıkmasalar da ebeveyn boşanması, ailede şiddet, ailede suça bulaşma, ailede alkol/madde kullanımı ve kaotik aile ortamı gibi olumsuz psikososyal faktörlerin tamamı zincirleme cinsel istismara uğrayan olgularda daha fazla saptanmıştır. Ebeveyn boşanması ve kaotik aile ortamı diğer ilişkili değişkenler kontrol edildiğinde bile zincirleme cinsel istismarı yordamaktadır. Tüm olumsuz psikososyal faktörlerin zincirleme cinsel istismarla olan ilişkileri aile içinden ve özellikle de baba tarafından yapılan cinsel istismarı akla getirmektedir. Ensest ilişkilerde çocuklar küçük yaşlardan başlanarak uzun senelerce süren zincirleme cinsel istismarlara maruz kalabilmektedir. Yukarıda da belirtildiği üzere istismarcı babalarda yüksek alkol/madde tüketimi, antisosyal kişilik özellikleri ve suça bulaşma eğilimi bu kişilerde genelde gözlemlenen özelliklerdendir (175). Çalışmamızda da ebeveynde suça bulaşma durumunun daha erken yaşta ilk kez cinsel istismara uğramayı yordadığı saptanmıştır. Bu durum da özellikle baba tarafından küçük yaştaki çocuklara yönelik gerçekleştirilen istismara yönelik bir başka önemli ipucunu taşımaktadır. Ayrıca ebeveynde alkol/madde kullanımı daha fazla sayıda cinsel istismara uğrama ile ilişkili çıkmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre ebeveynlerin alkol/madde kullanmasının ise cinsel istismara uğrama/ihmal ile erişkinlikte sınır kişilik bozukluğu gelişimi ilişkisinde bir mediatör rolü oynadığı saptanmıştır (180). Ailesel faktörler farklı kültürlerde de benzer yönde sonuçlara neden olabilmektedir. Bunun bir örneği Hindistan'da yapılmış bir çalışmadır. 15-19 yaşları arasında 1614 olgunun katılımıyla gerçekleşen araştırmada cinsel istismara uğrama ev ortamında güvensiz hissetme, evde içinde izole kalma ve ebeveynler tarafından seilmeme durumunda daha fazla gözlenmiştir (181). Ayrıca anabilim dalımızda yapılan bir çalışmada aile bütünlüğü basit cinsel istismara uğrayanlarda (ancak nitelikli cinsel istismara uğrayanlarda değil) ruhsal bozuklukların gelişimine karşı koruyucu bir faktör olarak yer almıştır (124). Başka bir çalışmaya göre ise çocuk ve ergenlerde cinsel istismar için risk faktörleri arasında ailede yüksek alkol tüketimi, aile içi şiddet mağduru olmak ve bunun yanı sıra anneye şiddet uygulanması gösterilmiştir (48).

Sonuç olarak ailesel olumsuz psikososyal faktörler çocuk ve ergenlerde cinsel istismarı yordamasının ötesinde çocukların daha şiddetli düzeyde cinsel istismara uğramaları açısından da risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu risk faktörlerinden özellikle kaotik aile

ortamı ve aile içi şiddetin cinsel istismar şiddeti açısından meydana getirdiği olumsuz sonuçlar aile bütünlüğünün, aile huzuru ve düzeninin cinsel istismar gelişimine karşı ne derece önemli unsurlar olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu alanda literatürde yapılmış çalışma sayısı az olup altta yatan ve görünmeyen başka nedensellik ilişkilerinin de aydınlığa kavuşturulması aileye yönelik önleyici ve müdahale edici stratejilerin daha fazla gelişmesine olanak sağlayacaktır.

7.5. Zekâ Düzeyi ve Gelişimsel Problemlerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü

Çalışmamızda yer alan premorbidde yer alan gelişimsel psikopatolojilerin ve zekâ düzeyindeki düşüklüğün daha şiddetli düzeyde istismara uğrama ile ilişkili olduğuna ilişkin hipotez ortaya çıkan bulgularla büyük ölçüde doğrulanmıştır.

7.5.1. Zekâ Düzeyinin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü

Çalışmamızda ilk kez cinsel istismara uğrama yaşının artışının, cinsel istismarda maksimum sözlü/fiziksel zorlanma artışı ve cinsel istismarın niteliksel artışı hem sözel hem performans hem total IQ puanlarında hem de klinik olarak saptanan zekâ düzeyinde azalmayla ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu ilişkiler ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine alındığında ise yalnızca total IQ puanlarında azalmanın ilk kez cinsel istismara uğrama yaşında artışı yordadığı sonucu elde edilmiştir. Cinsel istismara uğrama sayısının ise ikili ve çoklu değişken analizlerinde zekâ ile ilişkisi saptanmamıştır.

Öte yandan nitelikli istismara uğrayan olguların total IQ puanları basit cinsel istismara uğrayanlarınkinden düşük saptanmıştır. Ancak bu ilişki de ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine alındığında düşük total IQ puanının nitelikli istismarı yordayıcılığı ortadan kalkmıştır. Zincirleme istismara uğrama ve fail sayısının zekâ ile ilişkisi ise hem ikili hem de çoklu değişken analizlerinde saptanamamıştır.

Her ne kadar regresyon modelleri bazı anlamlı ilişkileri ortadan kaldırsa da özellikle ikili değişken analizleri cinsel istismarın niteliksel şiddetinde zekanın önemini ortaya koymaktadır. Elde edilen sonuçlardan hareketle zekâ düzeyindeki artışın daha erken yaşta ilk kez cinsel istismara uğramaya neden olduğu şeklinde bir yorum yapılması aslında doğru değildir. Genel WZÇÖ-R zekâ puanı hesaplamalarında 6-8 yaş grubunda minimum ve maksimum puan değerleri arasında daha büyük farklılık olduğundan ve 10 yaştan sonra faktör yapısı daha da belirginleştikenden dolayı WZÇÖ-R özellikle 6-9 yaş grubunda gerçekte olandan bir miktar daha

yüksek zekâ puanları ortaya çıkarabilmektedir (98). Bu durum ilk kez cinsel istismara uğrama yaşı küçük olan olguların zekâ puanlarının bir miktar yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir. Ancak şu da vurgulanmalıdır ki, ilk kez cinsel istismara uğrama yaşı için zekâ geriliği bir yordayıcı faktör olarak saptanmamıştır. Literatürde yaş, zekâ ve fail sayısı daha çok çocuğun maruz kaldığı istismarı zamanında ve istekli olarak açıklayabilmesiyle ilişkili bulunmuştur. Özellikle sözel zekâ ile zamanında olayı açıklayabilme arasında doğrusal bir korelasyon saptanmıştır. Bu nedenle normal zekâ kapasitesinin altında olan çocuklarda istismarın ortaya çıkması zaman alabilmektedir (182).

7.5.2. Gelişimsel Problemlerin İstismar Şiddeti Üzerindeki Rolü

Örneklerimizde cinsel istismar olayından önce psikiyatrik hastalığı olan olgularda olmayanlara göre, daha önce DEHB olan olgularda olmayanlara göre, daha önce ZY olan olgularda olmayanlara göre ve nöromotor gelişim gecikmesi olan olgularda olmayanlara göre ilk kez cinsel istismara uğrama yaşı daha büyük, cinsel istismarın niteliksel şiddeti ise daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

DEHB ve ZY ilişkileri dışında kalan sözü edilen ilişkiler ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine alındığında ise cinsel istismar olayından önce psikiyatrik hastalık varlığının daha yüksek ilk kez cinsel istismara uğrama yaşını yordadığı, konuşma gecikmesinin ise daha düşük ilk kez istismara ilk kez cinsel istismara uğrama yaşını yordadığı bulunmuştur.

Öte yandan nitelikli cinsel istismarın olaydan önce herhangi bir psikiyatrik hastalığı olanlarda ve spesifik olarak DEHB'si olanlarda, ayrıca nöromotor gelişim gecikmesi olanlarda daha yüksek olduğu, zincirleme cinsel istismarın olaydan önce herhangi bir psikiyatrik hastalığı olanlarda ve spesifik olarak ZY olanlarda daha yüksek olduğu ve fail sayısının bir kişiden fazla olma durumunun olaydan önce herhangi bir psikiyatrik hastalığı olanlarda ve spesifik olarak DEHB'si olanlarda, ayrıca nöromotor gelişim gecikmesi ve konuşma gecikmesi olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur.

DEHB ve ZY ilişkileri dışında kalan sözü edilen ilişkiler ilişkili diğer değişkenlerle beraber regresyon modellerine alındığında ise konuşmada gecikmenin istismarda fail sayısının birden fazla kişi olmasını yordadığı görülmüştür.

2018'de yayınlanan bir gözden geçirme yazısında ZY'si olan çocuk ve erişkinlerin ZY'si olmayanlara göre cinsel istismara uğrama riski daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak zihinsel problemleri olan popülasyonda cinsel istismara uğramada etkili geniş bir yelpazede risk

faktörlerinin olduğu, risk faktörleri konusunda belirsizliğin devam ettiği bildirilmektedir (183). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ZY'li olan ve olmayan çocuk/ergen olgular cinsel istismar şiddetine yönelik özellikler açısından karşılaştırıldığında ise ZY'li olgularda nitelikli cinsel istismarın ve tekrarlayan cinsel istismarların ZY'li olmayan olgulara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (184). Bizim çalışmamızda da ZY'nin bazı istismar şiddeti parametrelerinde olumsuz bir belirteç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneğin bizim çalışmamızda da zincirleme cinsel istismar ZY ile ilişkili çıkmıştır. Genel olarak bakıldığında çocuk ve ergenlerde DEHB, ZY, diğer nörogelişimsel patolojiler, duygudurum bozukluğu ve psikotik bozukluk gibi ruhsal bozuklukların olmasının cinsel istismara maruziyet riskini artırdığı belirtilmektedir. Bunun altında yatan temelde bu yönden özellikli çocukların kendilerine karşı yapılan eylemin anlamını muhakeme edebilme becerilerinin daha az gelişmiş olması, karşı koyma ve kendilerini koruma mekanizmalarının daha zayıf olması ve daha kolay yönlendirilebilme ve kandırılabilme özelliklerinin olması bulunmaktadır (9). Nitekim ZY'in kendisinde barındırdığı bu özellikler çalışmamızın bulgularında belirtildiği gibi IQ düzeyleri düşük olan olguların niteliksel olarak daha şiddetli ve sözlü/fiziksel zorlanmalarının daha fazla olduğu istismar eylemlerine uğramalarında bir aracı unsur olarak gözükmektedir.

Soylu ve ark.'nın çalışmasında ayrıca ZY'li olgularda normal zekaya sahip olgulara kıyasla fail sayısının birden fazla kişi olması durumu daha fazla saptanmıştır. (184). Bizim çalışmamızda da gelişimsel özelliklerin fail sayısını yordayıcılığı incelenmiştir. Olaydan önce ruhsal hastalık, DEHB, nöromotor gelişim geriliğinin yanı sıra ilginç olarak gelişim basamaklarından konuşmasında gecikme olan çocuk ve ergenlerin birden fazla fail tarafından istismara uğratıldığı sonucuna varılmıştır. Üstelik konuşmada gecikmenin bağımsız bir faktör olarak birden fazla fail tarafından cinsel istismara uğramayı yordadığı çok değişkenli analizde de saptanmıştır. Literatürde çocuk ve ergenlerde konuşma bozukluklarının cinsel istismara uğrama için bir risk faktörü olduğuna yönelik veriler vardır (185, 186). Ancak literatürde konuşma gecikmesi ve nöromotor gelişimde gecikmenin cinsel istismarla ve cinsel istismar şiddetiyle ilgili risk faktörleri olup olmadığına yönelik araştırma bildiğimiz kadarıyla bulunmamaktadır. Çalışmamızda nöromotor gelişim gecikmesi çok değişkenli analizlerden sonra hiçbir cinsel istismar şiddeti parametresiyle ilişkili olarak çıkmazken konuşma gecikmesi ise ilk kez istismara uğrama yaşında düşmeye ve fail sayısında artmaya yol açarak cinsel istismar şiddeti açısından bir üzerinde durulması gereken bir risk faktörü olarak gözükmektedir. Dil gelişimi ve yürümeye ilişkin gelişimsel göstergelerde bu şekilde bir fark çıkmasının altında dil gelişiminde gecikmenin yürümede gecikmeye kıyasla nörogelişimsel

bozukluğa yönelik daha belirgin bir ipucu olduğu fikri öne sürülebilir. Örneğin ülkemizde yapılan güncel bir çalışmada bir nörogelişimsel bozukluk olan DEHB konuşmada gecikme ile ilişkili bulunmasına rağmen nöromotor gelişimde gecikme ile ilişkili bulunmamıştır (187). OSB, DEHB ve diğer nörogelişimsel bozuklukların cinsel istismara yatkınlığı artırdığı göz önünde bulundurulduğunda (188, 189) özellikle konuşmada gecikmenin istismar şiddeti açısından dikkat edilmesi gereken bir faktör olduğu sonucuna varılmaktadır. Ayrıca konuşmada gecikme ile ilk kez istismara uğrama yaşının düşmesi ilişkisi, daha küçük çocuklarda alıcı ve ifade edici dilin yeterince gelişmemiş olmasının cinsel istismara daha erken yaşlarda maruz kalmaya neden olabileceği ön görüşünden hareketle açıklanabilir.

Bulgularımızda gelişimsel psikopatolojiler ve zekanın cinsel istismar şiddeti parametrelerinden maksimumu sözlü/fiziksel zorlanmayı özellikle bazı ikili analizlerde yordarken çok değişkenli analizlerde yordayıcılığının ortadan kalkması aslında ilginç bir durumdur. Maksimum sözlü/fiziksel zorlanma gelişimsel veya zekâ ile ilgili problemlerden çok yaş, cinsiyet ve özellikle de ailede şiddet gibi değişkenlerden etkileniyor olarak saptanmıştır. Bulgularımızla uyumlu olarak saptanan bir çalışma İsveç'te yapılan ileriye dönük bir ikiz çalışmasıdır. Popülasyon bazlı bu çalışmaya göre 9-12 yaşlarında OSB ve DEHB tanıları saptanan kız çocuklarının 18 yaşında bu tanılara sahip olmayan olgulara göre daha fazla fiziksel zorlanmayı içeren cinsel istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Ancak, diğer nörogelişimsel semptom yükü kontrol edildiğinde zorla ve şiddetli bir şekilde cinsel istismarı yordamada OSB'nin, dikkat eksikliğinin ve hiperaktivitenin bağımsız yordayıcı etkilerinin kaybolduğu belirtilmiştir. Yazarlar istismar şiddeti ile gözlenen ilişkinin belirtilen nörogelişimsel psikiyatrik bulgulara özgü olmadığını savunmuştur (190). Bu tablo cinsel istismar şiddetinde zorlanma parametresini biyolojik faktörlerdense daha çok dinamik ve psikososyal faktörlerin açıklayabildiğini düşündürmektedir.

7.5.3. Zekanın Ruhsal Sonuçlar Üzerindeki Rolü

Çalışmamızda IQ düzeyi artışı ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – YAB ve Toplam puanlarının, ÇDÖ depresyon puanlarının ve psikiyatrik tanı sayısının azalmasıyla ilişkili çıkmıştır. Ancak MDB tanısı, AB tanısı, TSSB tanısı, ruh sağlığında kalıcı bozulma olan ve olmayan olgular arasında IQ düzeyi anlamlı ölçüde farklılaşmamıştır. Yalnızca değerlendirme sonucu psikiyatrik tanı saptanan olguların IQ düzeyi saptanmayanlarınkine göre daha düşük bulunmuştur. Bunun da sebebi psikiyatrik tanı saptananlar arasında ZY tanısı olan olguların bulunmuş olmasıdır. Zaten olaydan önce psikiyatrik problemi olmayan olgular içinde de

olaydan sonra psikiyatrik tanı saptanan ve saptanmayan olgular arasında IQ açısından fark çıkmaması da bu varsayımı kuvvetlendirmektedir. Bu açıdan bakıldığında tüm anksiyete alanlarında olmasa da zekanın özellikle anksiyete, depresyon açısından zayıf düzeyde kısmen koruyucu etkisi olduğu söylenebilir.

Çocukluk ve erişkinlik döneminde cinsel, fiziksel ve engellilikle ilişkili istismar öyküsü olan ZY'li erişkinlerde yapılan bir çalışmaya göre çocukluk döneminde cinsel istismar saptanan olgularda depresyon, TSSB, fiziksel sağlık problemleri ve istismara ikincil gelişen sağlık sorunlarının yoğunlukta olduğu bildirilmiştir. ZY olan olgularda olmayanlarınkine benzer şekilde cinsel istismara uğrama durumunda çok geniş bir yelpazede davranışsal psikolojik problemlerin baş gösterdiği belirtilmektedir (191). Bir başka gözden geçirme yazısında cinsel istismara uğrayan ZY'li olgularda agresyon, kendini yaralama, travma sonrası stres, anksiyete ve depresif bulguların sıkça gözlemlendiğini, davranış problemleri, kendini yaralama, uygunsuz cinsel içerikli konuşmalar ve zayıf kişisel güvenlik duygularının ZY'li popülasyona daha özgü olduğu saptanmıştır (192). OSB'lilerde ise daha farklı bir semptom profili görülmektedir. Bir çalışmaya göre cinsel istismara uğramış OSB'li çocuk ve ergenlerde cinsel istismara uğramayan OSB'lilere göre daha fazla intruzif düşünce, olumsuz yaşantılara takılı kalma, ilgi kaybı, irritabilite ve letarji saptanmıştır (193). Çalışmamızda OSB tanılı olan sadece 1 olgu bulunduğu için OSB'li cinsel istismara uğrayan olgulara yönelik semptom profili incelenememiştir. Yukarıda bahsi geçen çalışmaların çoğunluğunun bizimkinin tersine erişkin yaş grubundaki örneklemelerde yapılmış olması ve bizim çalışmamızın tersine IQ düzeyi ile değil de ZY tanısı aracılığıyla semptomatolojik değerlendirme yapılması literatür çalışmalarında bizim çalışmamıza göre cinsel istismara uğrayan ZY veya OSB'li olgularda daha yaygın semptomların saptanmasının nedeni olabilir. Pek çok olguda istismarı takip eden yakın dönemler içinde değil, uzun seneler sonra ruhsal problemlerinin arttığı belirtilmektedir (51).

7.6. Olumsuz Ruhsal Sonuçların Oluşmasında İstismar Şiddetinin Rolü

Çalışmamızda yer alan maruz kalınan cinsel istismar eyleminin şiddetinin artmasının, depresyon, anksiyete gibi psikopatolojilerin şiddetinin artmasıyla ilişkili olacağına dair hipotezimiz elde edilen bulgular doğrultusunda büyük ölçüde desteklenmiştir. Çalışmamızdaki çok değişkenli regresyon analiz verilerine göre;

- İlk kez istismara uğrama yaşındaki artışın ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – Toplam anksiyete puanında artışı yordadığı,

- Cinsel istismarın niteliksel şiddetindeki artışın ÇDÖ depresyon puanlarında artışı yordadığı,
- Uğranılan cinsel istismar sayısındaki artışın ruh sağlığında kalıcı bozulma ve psikiyatrik tanı varlığını yordadığı,
- Cinsel istismarda sözlü/fiziksel zorlanma artışının ise hem ebeveyn hem de çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB anksiyete puanlarında artışı, ÇDÖ depresyon puanında artışı, MDB tanısını almayı, TSSB tanısını almayı, psikiyatrik tanı sayısında artışı, psikiyatrik tanı varlığını, olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayanlarda da olay sonrasında psikiyatrik tanı almayı ve ruh sağlığında kalıcı bozulmayı yordadığı,
- Fail sayısının ise herhangi olumsuz bir ruhsal sonucu yordamadığı saptanmıştır.

7.6.1. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İstismarda Sözlü/Fiziksel Zorlamanın Önemi

Çalışmamızın sonuçlarında en fazla dikkati çeken, olumsuz ruhsal sonuç oluşmasında en geniş etki alanına sahip olarak saptanan cinsel istismar şiddet parametresi cinsel istismarda sözlü/fiziksel zorlanma olmuştur. Literatürde cinsel istismarın çocuk ve ergenlerde neden olduğu ruhsal sonuçlara ilişkin çok fazla yayın olmasına rağmen cinsel istismar şiddetine ait farklı özelliklerin nasıl ruhsal sonuçlara neden olduğuna ilişkin yayın sayısı oldukça kısıtlıdır. Örneğin bir sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında zorla tecavüz öyküsünün yetişkinlikte cinsel istismar ile depresyon, yeme bozuklukları ve TSSB ilişkisini güçlendirdiği belirtilmektedir (172). Erişkin ve çocuk-ergen yaş grubunda yapılan bazı çalışmalar bizim bulgularımızı destekleyecek şekilde daha şiddetli düzeyde (fiziksel güç kullanımı açısından) cinsel istismar maruziyetinin bireylerde olumsuz ruhsal sonuçlara yol açtığı saptanmıştır (194, 195). Ülkemizde yapılan güncel bir çalışmada da cinsel istismarda sözlü/fiziksel zorlama olmasının çalışmamıza benzer şekilde psikiyatrik tanı alma riskini artırdığı belirtilmiştir (170). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada zekâ geriliği ve istismar sırasında fiziksel şiddet gören olgularda ruhsal problemler daha yüksek oranlarda görülmüştür (27). Ancak öte yandan ergen yaş grubundaki olgularla yapılan başka bir çalışmada cinsel istismarın hem süresi hem de şiddetindeki değişkenliklerin olumsuz ruhsal sonuçlarda süre ve şiddete bağlı farklılaşmaya neden olmadığı gösterilmiştir (196). Ancak bizim çalışmamızda istismarda sözlü/fiziksel zorlanmaya maruz kalmanın diğer cinsel istismar şiddeti parametrelerine kıyasla çok belirgin şekilde geniş ve fazla etki alanında olumsuz ruhsal sonuçlara yol açığının ortaya çıkması cinsel istismar şiddeti bileşenleri içinde olumsuz ruhsal sonuçları yordamada en büyük rolün sözlü/fiziksel zorlanmaya maruziyette olduğunu göstermektedir. Daha önceki sonuçlarda da

bahsedileceği üzere sözlü/fiziksel zorlanma aynı zamanda güçlü bir şekilde ailede şiddet ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle çalışmamızda belki de en fazla dikkatle üzerinde durulmayı hak eden nedensellik ilişkisi şu şekilde belirlenmiştir:

Ailede şiddet → Cinsel istismarda sözlü/fiziksel zorlanma → Olumsuz ruhsal sonuçlar

Bu ilişkinin etki eden başka nedensellik ilişkileriyle beraber ortaya konulması bu kaskada yönelik önleme ve müdahale stratejilerinin doğru bir noktadan hedef alınmasını sağlayabilir. Cinsel istismarı önlemeye yönelik sosyal politikalar ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde saptamış olduğumuz ilişkinin profesyonellerce dikkate alınması önerilmektedir.

7.6.2. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İlk Kez Cinsel İstismara Uğrama Yaşının Önemi

İlk kez istismara uğrama yaşındaki artışın ise çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – PB puanı ile ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – PB, KAY-BÖ – YAB, KAY-BÖ – Toplam puanlarındaki artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu alt ölçek puanlarının ilk kez istismara uğrama yaşı ile ilişkisi diğer ilişkili değişkenlerle beraber regresyon modellerine sokulduğunda ise ilk kez istismara uğrama yaşının hem çocuk hem de ebeveyn tarafından puanlanan PB puanlarını yordamadığı, ancak ilk kez istismara uğrama yaşı artışının ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ YAB ve Toplam puanlarında artışı yordadığı saptanmıştır. İlk kez istismara uğrama yaşındaki artış aynı zamanda ÇDÖ puanları ve psikiyatrik tanı sayısındaki artışla da ilişkili bulunmuştur. Öte yandan eşik altı MDB saptananlarda ilk kez istismara uğrama yaşının MDB olmayanlara göre daha büyük olduğu saptanmıştır. Ancak bu ilişki diğer ilişkili bağımsız değişkenler ile regresyon modelinde kontrol edildiğinde bu yordayıcılığın devam etmediği görülmüştür. Öte yandan ilk kez istismara uğrama yaşının uygulanan nihai regresyon modellerinde depresyon puanlarını, psikiyatrik tanı sayısını, psikiyatrik tanı alma durumunu, olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgular içinde psikiyatrik tanı alma durumunu, ruh sağlığında kalıcı bozulma durumunu, MDB, AB ve TSSB gibi tanıları yordamadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlara baktığımızda ilk kez istismara uğrama yaşındaki artışın bazı istisnalar dışında genel olarak cinsel istismar olgularında olumsuz ya da olumlu psikiyatrik sonuçlarla ilişkisinin olmadığını ortaya koymaktadır. İlk kez cinsel istismara uğrama yaşı ile ilgili olarak yapılan bir geriye dönük çalışmaya göre özellikle daha erken yaşlarda ilk kez cinsel istismara uğrayan bireylerde hiperseksualite, maruz bırakma gibi uygunsuz cinsel davranışların çok daha sık olduğuna, erken yaşta cinsel istismara maruziyetin daha başka olumsuz prognostik

faktörlerle ilişkisi olduğuna değinilmiştir (197). Çocukta cinsel istismar ve diasosiasyonu konu alan başka bir meta-analitik gözden geçirme ise daha yüksek disosiasyon bulgularını erken yaşta ilk kez cinsel istismara uğrama, ebeveyn tarafından istismar ve uzun süreli istismarın yordadığını ortaya koymaktadır (198). Ayrıca çocuk ve ergenlerde erken dönem travmatik yaşantıların MDB gelişim riskini artırarak erken başlangıçlı MDB'ye neden olduğu da bir başka meta-analiz çalışmasında ortaya konulmuştur (199). Bir başka çalışmada ise erken dönemde ilk kez cinsel istismara uğrayan olgularda sigara bağımlılığı daha yüksek saptanmıştır. Ancak bu çalışmada antidepresan kullanımı ise ilk kez cinsel istismara uğrama yaşı ve istismara uğrama süresinden bağımsız olarak bulunmuştur (200). Ayrıca literatürdeki diğer pek çok yayın da cinsel istismara başlangıç yaşının erken olmasının daha fazla TSSB, depresyon ve anksiyete bulgularına neden olduğuna işaret etmektedir (201 – 205).

Her ne kadar literatürde araştırılan bağımlı değişkenlerin çoğu doğrudan bizim araştırdığımız bağımlı değişkenler olmasa da literatürdeki bilgiler ise bulduğumuz sonuçlarla çoğunlukla çelişmektedir. Çalışmamızda ilk kez cinsel istismara uğrama yaşındaki artışın çoğunlukla olumlu veya olumsuz psikiyatrik sonuçlarla ilişkisi saptanmamış, hatta ebeveyn tarafından puanlanan bazı anksiyete bulgularındaki artışla ilişkili olduğu çıkmıştır. Feiring daha erken dönemlerde cinsel istismara maruz kalanlarda daha ileri yaşlarda istismara maruz kalanlara göre incinebilirliklerinin daha yüksek olabileceğini ve daha kırılğan olabileceklerini belirtmektedir (174, 206). Carlson'un travma değerlendirme teorisine göre küçük çocuklar kendilerinde oluşan olumsuz durumu kontrol etmede zorlanırlar, ayrıca kendilerini savunma becerileri de gelişmiş değildir (207). Biz de hipotezimizi bu varsayımdan hareketle oluşturmuştuk ancak çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular cinsel istismarda ruhsal olumsuz etkilenme denkleminin çok karışık olduğu ve bu denklemde ruhsal sonuçları etkileme potansiyeli olan çok fazla değişkenin yer aldığı gerçeğiyle bizi yüzleştirmektedir. Böylesi bir denklem içerisinde çalışmamızdan elde edilen sonuç diğer farklı değişkenlerin yanında ilk kez istismara uğrama yaşının olumsuz ruhsal sonuçlarla hiç ya da göreceli düzeyde ilişki göstermediği yönündedir. Hatta yaş artışına benzer şekilde ilk kez istismara uğrama yaşının artışı özellikle YAB gibi anksiyete bulgularında artışa yol açmaktadır. 1270 ergen ve genç erişkinle yapılan bir çalışmada da çocukluğun orta dönemleri veya ergenlik dönemi başlangıçlı cinsel istismarın tüm psikopatoloji türleri ile ilişkisinin olduğu, ama özellikle de ergenlik başlangıçlı cinsel istismarın çalışmamızı destekler şekilde anksiyeteye ilişkisi ortaya konulmuştur (208). Metin ve ark.'nın çalışmasında da ilk kez istismara uğrama yaşı değerlendirilmemiş olsa da yaş artışı MDB tanısıyla ilişkili bulunmuştur (170). Bu bulguyla

benzer şekilde bizim çalışmamızda da depresyon puanları ile ilk kez istismara uğrama yaşı arasında korelasyon vardır. Ancak bu ilişki regresyon analizinde devam etmemiştir. Yaş ile ilk kez istismara uğrama yaşı arasında çalışmamızda yüksek bir korelasyon saptanmıştır. Bu nedenle ilk kez istismara uğrama yaşı bakılmamış olsa da yaş faktörünün değerlendirildiği bu çalışma bizim çalışmamızda ilk kez istismara uğrama yaşı sonuçları açısından karşılaştırılabilir.

Çalışmamızda bu açıdan bulunan bulgular ile çalışmamızla çelişen literatür bulgularını irdelenecek olursak, hiç kuşkusuz örneklem karakteristiklerinin bu farklılıkta önemi vardır. Bunun yanı sıra ilk kez cinsel istismara uğrama ile olumsuz ruhsal sonuçların ilişkilendirildiği çalışmaların tamamı bizim çalışmamızdan farklı kültürlerde yapılmıştır. Kültürler arası farklılıklar ve farklı toplumsal değer yargıları sonuçların da farklı şekilde oluşmasına neden olabilir. Nitekim çalışmamızla aynı doğrultuda sonuçları sunan çalışma da Türkiye’de yapılmış bir çalışmadır (170). Türkiye gibi ataerkil toplumlarda 4 yaşındaki bir çocuğa uygulanan cinsel istismara çocuğun vereceği tepki ile 10 yaşındaki bir çocuğun veya 15 yaşındaki bir gencin vereceği tepkiler birbirinden farklı olmaktadır ve yaşla birlikte artış eğilimi göstermektedir. Bunun altında toplum tarafından empoze edilen değer yargılarının yaş artışı ile birlikte daha fazla öğrenilmesi, çevre farkındalığının çocukta artış göstermesi, iyi ile kötünün yaş artışı ile birlikte daha kolay ayırt edilebilmesi yatmaktadır. İlkokuldan itibaren akademik süreç ilerledikçe çocuklara cinsel eğitim daha fazla verilmekte ve cinsel istismara yönelik farkındalık oluşturmayı amaçlayan eğitimlerin sayısı artış göstermektedir. Bu nedenlerden ötürü ilk kez cinsel istismara uğrama yaşının artışı daha olumsuz psikiyatrik sonuçlarla ilişkili olabilir. Ayrıca literatürde tam tersi yönde bulguların sunulduğu çalışmaların çoğunluğu erişkin yaş grubunda yapılmıştır (198, 200). Bizim çalışmamızda ise incelenen yaş grubu 6 – 18 yaş grubudur. Belki de çocuklukta ilk kez istismara uğrama yaşı çocukluk-ergenlik döneminde farklı, erişkinlik döneminde farklı bir psikopatoloji paterni ve trendi izliyor olabilir. Bu ilişki çocukluk-ergenlik döneminde doğru orantılı, erişkinlik döneminde ise ters orantılı olarak gerçekleşiyor olabilir. Bu yüzden çocukluk döneminde ilk kez cinsel istismara uğrama yaşının psikopatoloji gelişimine etkisinin hem çocukluk-ergenlik yaş grubunda hem de erişkinlik yaş grubunda incelendiği ve birbirleriyle karşılaştırıldığı uzun izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

7.6.3. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İstismar Sayısının Önemi

Çalışmamızda istismar sayısının artmasının ruh sağlığında kalıcı olarak bozulmayla ve herhangi bir psikiyatrik tanı varlığıyla ilişkisi saptanmıştır. Ruh sağlığında kalıcı bozulma olup olmadığı aslında kişinin psikiyatrik bozuklukların yanı sıra benlik saygısının yitirilmesi, baş etme

becerilerinin azalması, kişiler arası davranış ve ilişkilerde olumsuz etkilenme gibi -sonuçta azalmış işlevselliğe götüren- faktörlerin dikkate alınarak ortaya konulduğu bir kanaattir. Literatürde de bu kanaatin oluşmasında etkili faktörlerle benzerlik taşıyacak şekilde tekrarlayan cinsel istismar vakalarında düşük özgüven (209) ve kişiler arası ilişkilerde problemler ve davranışsal sorunlar (210) saptanmaktadır. Literatüre bakıldığında tekrarlayan cinsel istismara uğramanın tıpkı cinsel istismar gibi depresyon (211, 212), TSSB (213 – 215), anksiyete (212), disosiasyon (213, 214) gibi ruhsal bozukluklar için risk oluşturduğu rapor edilmiştir. Görüldüğü üzere geniş bir yelpazede bulunan tanıların istismar sayısı artışıyla ilişkisi söz konusudur ve bununla uyumlu olacak şekilde çalışmamızda da artmış istismar sayısı belli bir psikiyatrik bozukluk grubuna özgü değil de herhangi bir psikiyatrik tanıyı alma ile ilişki saptanmıştır. Toplum tabanlı 3493 erişkin katılımcıdan oluşan bir örnekleme yapılan bir araştırma tekrarlayan cinsel istismarlara uğramanın anksiyete ve depresyonu (karışık) 1,69 kat, yaygın anksiyete bozukluğunu 1,78 kat, yeme bozukluklarını 2,04 kat, TSSB'yi 2,45 kat ve öz kıyım düşüncelerini 2,32 kat artırdığını ortaya koymuştur (216). Bu bulgular da çalışmamız bulgularına ters düşmemektedir.

7.6.4. Psikiyatrik Sonuçlar Açısından İstismarın Niteliksel Şiddetinin Önemi

Çalışmamızda istismarın niteliksel şiddetinin ÇDÖ depresyon puanlarını yordadığı saptanmıştır. Ancak nitelikli istismarın tek başına ele alındığında herhangi bir ruhsal bozukluğu, psikiyatrik tanı almayı veya ruh sağlığında bozulmayı yordamadığı saptanmıştır.

İstismarın niteliksel şiddeti istismarcının mağdurun cinsel organına bakmasından mağdurun cinsel organına kendi cinsel organını veya başka bir objeyi sokmasına kadar değişen bir spektrumu içermektedir. İstismarın nitelik derecesinin oluşturduğu ruhsal sonuçlar olgudan olguya çok farklı ve tutarsız sonuçlar verebilmektedir. Örneğin bir olgu temas olmaksızın bir cinsel istismara uğradığında TSSB tanısını alacak derecede ruhsal problemle karşılaşabilirken başka bir olgu ise penetrasyon şeklinde bir cinsel istismara uğrasa bile hiçbir ruhsal bulgu sergilemeyebilir. Literatürde nitelikli cinsel istismarın olumsuz ruhsal sonuçlarla ilişkisine işaret eden çalışmalar olsa da (217, 218) bizim bulduğumuz sonuca benzer şekilde nitelikli istismarın psikopatolojiyi yordamadığı başka çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin ülkemizde 2016'da yapılan bir çalışmada da nitelikli istismar psikiyatrik bozuklukla ilişkili çıkmamıştır (82). Cinsel istismara uğrayan olgularda belki de istismarın niteliğinden çok 'cinsel istismara uğramış olmanın' kendisi daha önce de bahsedilen çeşitli faktörlerin etkisiyle ruhsal problemlere yol açıyor olabilir. Bunun yanı sıra üniversitemizde yapılan başka bir çalışmada ise

nitelikli istismarın ruh sağlığında kalıcı bozulmaya basit cinsel istismara kıyasla daha çok yol açtığı da bildirilmiştir (81). Burada örneklemin erişkin örneklemi olması, farklı demografik yapıda olgulardan oluşmuş olması farklı sonuçların oluşmasında etkili faktörler arasında sayılabilir.

Öte yandan cinsel istismarın niteliksel şiddetinin artmasının depresyon bulgularında artışı yordaması maruz kalınan eylemin mağdurda oluşturduğu suçluluk, değersizlik düşüncelerinin ve toplumun mağdura karşı oluşan tipik olumsuz bakış açılarının aracılığıyla depresif bulguların artışına yol açabilmektedir. Nitekim basit ve nitelikli cinsel istismara uğrayan olgular TAT profilleri açısından karşılaştırıldığında nitelikli cinsel istismara uğrayanlarda diğerlerine kıyasla suçluluk ve pişmanlık algısı, terk edilme-yalnızlık algısı, olumsuz benlik algısı ve üzüntü ve mutsuzluk temaları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Penetrasyonun olduğu cinsel yaşantılar toplum nezdinde tabulaştırılmış olup toplum bilinçaltında olayı felaketleştirerek kurban bilinçli veya bilinç dışı olarak ayrımcılığa ve damgalanmaya uğrar. Tıpkı yukarıda sözünü ettiğimiz gibi kurbanlarda 'baskın anlatım' söz konusu olur. Olgularda depresyonun gelişmesi ise tüm bu etmenlerin tek başına ya da birlikte etkileriyle ortaya çıkıyor olabilir. Literatürde istismarın niteliksel şiddetinin depresyon oluşmasına katkı sunduğuna ilişkin yayınlar da bulunmakta olup çalışmamızın bu bulguları da literatürle uyumlu saptanmıştır (219, 220).

Sonuç olarak fail sayısı dışındaki tüm cinsel istismar şiddeti bileşenleri dar ya da geniş kapsamda psikiyatrik bulgular ve psikopatolojilerle ilişkili olarak saptanmıştır. Cinsel istismar şiddetinin bileşenleri olan parametrelerin psikopatolojiler ve olumsuz ruhsal sonuçlarla olan ilişki paternlerinin doğru bir şekilde ortaya çıkarılması daha sorunlu ve daha fazla risk oluşturan unsurların tespit edilip öncelik belirlenerek bu unsurlara karşı etkin müdahalelerin yapılabilmesine zemin hazırlayabilmektedir.

7.7. Cinsel İstismar Olayından Sonra Geçen Süre ile Depresyon, Anksiyete Bulguları ve İstismar Şiddeti İlişkileri

Çalışmada belirttiğimiz maruz kalınan istismar eylemi ile polikliniğe başvuru arasındaki sürenin artmasının depresyon, anksiyete puanları ve cinsel istismar şiddetinin azalmasıyla ilişkili olduğunu öngören hipotezimiz ortaya çıkan bulgular doğrultusunda kısmen doğrulanmıştır.

7.7.1 Sürenin Depresyon & Anksiyete Bulguları Üzerine Etkisi

Genel örneklemede olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre ile depresyon ve anksiyete puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Ruh sağlığında kalıcı bozulma saptanan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışının çocuk ve ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanlarında azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik tanı alan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışının ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB ve KAY-BÖ – Toplam puanlarında azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Olaydan önce psikiyatrik bozukluğu olmayıp olaydan sonra psikiyatrik tanı alan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışının çocuk ve ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB puanlarında ve ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – SAB puanlarında azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. WZÇÖ-R total IQ değeri 80'in altında olan olgular içinde olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışının ebeveyn tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB, KAY-BÖ – SAB ve KAY-BÖ – Toplam puanlarında azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İlaç tedavisi alan olgular içinde ise olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışının çocuk tarafından puanlanan KAY-BÖ – AAB ve ebeveyn tarafından puanlanan tüm KAY-BÖ alt ölçek puanları (PB, YAB, AAB, SAB, OK) ve KAY-BÖ – Toplam puanlarında azalma ile ilişkili olduğu ancak ilaç tedavisi almayanlarda ise olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışıyla hiçbir anksiyete ve depresyon puanının azalma göstermediği saptanmıştır.

Özellikle genel örnekleme baktığımızda cinsel istismar olayından sonra geçen sürenin artışının mağdurların deneyimlediği depresyon veya anksiyete bulguları üzerinde kayda değer bir değişim yapmadığı sonucuna varılmaktadır. Bununla tutarlılık gösterecek şekilde yine genel örneklemede psikiyatrik tanısı olan ve olmayan, ruh sağlığında bozulma saptanan ve saptanmayan, MDB, AB, TSSB tanıları olan ve olmayan olgular arasında da olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre açısından anlamlı bir farklılaşma çıkmamıştır. Bu tablo ciddi bir olumsuz yaşam deneyimi olan cinsel istismarın olumsuz ruhsal etkilerinin zamanın ilerlemesiyle anlamlı bir azalma göstermediği, buradan hareketle cinsel istismar ve meydana getirdiği ruhsal sonuçların şiddetinin zamandan çok etkilenmeyip dirençli olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Ancak örnekleme ruhsal etkilenme, zekâ düzeyi ve tedavi alma açısından heterojen bir görünümde. Bu yüzden belirli özelliklere sahip olan olgu gruplarının ayrı ayrı incelenmesinin daha farklı paternlerde sonuçlar verebileceği düşünülmüştür. Ruh sağlığında

bozulma saptanan, psikiyatrik tanısı olan, daha önce psikiyatrik tanısı olmayıp olay sonrası psikiyatrik tanı alan, IQ düzeyi 80'in altında olan ve ilaç tedavisi alan olgular ayrı ayrı değerlendirildiğinde ortak olarak saptanan en kritik bulgu depresyon puanlarının zaman içinde hiçbir alt örneklem grubunda anlamlı düzeyde azalmadığıdır. Bu durum anksiyete bulgularına kıyasla depresyon bulgularının şiddetinin zamanın ilerlemesinden etkilenmediğini ve anksiyeteye göre depresif bulguların şiddetini koruyarak tutarlı bir şiddet trendi izlediği şeklinde yorumlanabilir.

Örneklekimizde yukarıda belirtilen belli özelliklere sahip grupların ayrı ayrı değerlendirmesinde saptanan ikinci ortak bulgu ise ebeveyn tarafından puanlanan AAB bulgularının olaydan sonraki zaman içerisinde azalma eğilimi göstermesidir. DSM-5'e göre AAB'nin temel özelliği evden ve bağlanma figürlerinden ayrılma ile ilgili aşırı anksiyete ve korkuların olmasıdır (50). AAB kendiliğinden başlayabileceği gibi cinsel istismar gibi stresli yaşam olaylarından sonra da başlayabilir. AAB'nin diğer AB alt tipleri arasında %80 ile en yüksek düzeyde iyileşme oranına sahip AB alt tipi olması (221) çalışmamızda saptanan bu bulguyu açıklayabilmektedir. Bu durumda denilebilir ki, diğer anksiyete alt tipleri ve özellikle de depresyon bulgularına kıyasla cinsel istismara uğrayan olgularda zaman içinde en tutarlı şekilde azalma eğilimi gösteren bulgular AAB bulguları olabilir.

Bu bulgular içerisinde dikkat çeken başka bir sonuç ise incelenmiş alt örneklemeler içerisinde özellikle ilaç tedavisi alan olgularda ebeveyn tarafından puanlanan tüm anksiyete alt tipi puanlarının ve anksiyete toplam puanının olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürenin artmasıyla azalma trendi gösterdiği, ancak ilaç tedavisi almayanlarda hiçbir anksiyete ve depresyon puanının azalma trendi göstermediği sonucudur. Bu durum bir açıdan cinsel istismara uğrayan olgularda zamanın ilerlemesi ve anksiyete bulgularının azalması ilişkisi arasında ilaç tedavisi almanın kritik aracı bir rol oynadığını başka bir açıdan da cinsel istismara uğrayan olgularda tedavinin olumsuz ruhsal sonuçların gerilemesi açısından oldukça büyük öneme sahip olduğunu gözler önüne sermektedir. Yapılan pek çok çalışmanın yanı sıra ülkemizde de cinsel istismar mağdurlarının tedavi ile %17,1 - %42,6 oranlarında ruh sağlığındaki düzelme sağlandığına yönelik veriler mevcuttur (81, 82). Ancak yukarıda bahsedildiği üzere ilaç tedavisi alanlarda bile depresyon puanlarının istismardan sonraki gidişatta azalma eğilimi göstermemesi özellikle durulması gereken bir durumdur. Depresif bulguların istismar sonrası gidişatta stabil şiddette devamlılık gösterme direnci cinsel

istismarda gelişen depresyona karşı daha etkili müdahale stratejilerinin gerekliliğine işaret etmektedir.

7.7.2. Cinsel İstismar Şiddetinin Süre Üzerine Etkisi

Öte yandan olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürenin cinsel istismar şiddetiyle olan ilişkisine bakıldığında ise genel örneklemede ve WZÇÖ-R total IQ değeri 80'in altında olan olgular içinde yalnızca cinsel istismar şiddeti toplam puanı artışının olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İlaç tedavisi alan olgular içinde ise ilk kez istismara uğrama yaşındaki azalmanın olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen süre artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda olguların cinsel istismara uğradıktan olayı çevresindekilere açıklayıncaya kadar geçen süreleri mevcut değildir, ancak genellikle olgular maruz kaldıkları olayı yakınlarına anlattıktan hemen sonrasında yapılan ÇİM görüşmesiyle birlikte adli süreç başlamaktadır. Elimizde kesin veriler olmasa da davaların açılmasından mahkemelerin olguları kliniğimize yönlendirmeleri arasında geçen sürelerin büyük bir değişkenlik göstermediği tahmin edilmektedir. Bu gerekçelerden ötürü olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürenin kısmen de olsa kurbanların olayı yaşadıkdan yakınlarına açıklayıncaya kadar geçen süreyi temsil edebileceği düşünülmüştür. Benzer yaklaşım Metin ve ark.'nın çalışmasında da sergilenmiştir (170). Bu ön kabulden hareketle yapılan bazı çalışmaların bizim çalışmamızın bulgularını desteklediği görülmektedir. Örneğin ZY tanısı olan ve olmayan istismar mağdurları çocuklarda yapılan bir araştırmada ZY'lilerin daha şiddetli düzeyde (daha fazla sayıda, niteliksel olarak daha şiddetli) istismar yaşadıkları ve olayı yaşandıktan daha geç bir dönemde açıkladıkları saptanmıştır (184). Benzer şekilde başka bir çalışmada da sözel zekâ ile zamanında olayı açıklayabilme arasında doğrusal bir korelasyon saptanmıştır. Bu nedenle normal zekâ kapasitesinin altında olan çocuklarda istismarın ortaya çıkması zaman alabilmektedir (182). Bulgularımızın aslında bu sonuçları desteklemenin ötesinde nedensellik ilişkisini daha ileri bir düzeye taşıdığı söylenebilir. Şöyle ki, çalışmamızda zekâ seviyesindeki düşüklükle olayın geç açıklanması arasındaki ilişkiye cinsel istismar şiddetinin yüksek olmasının aracılık ettiği öngörülmektedir. Bu nedenle zekâ seviyesinin düşüklüğü, cinsel istismar şiddetinin yüksek olması ve ayrıca ilk istismara uğrama yaşının küçük olması maruz kalınan olayın daha uzun bir süre bilinmez bir şekilde kalmasını sağlayarak adli önlemlerin alınması ve psikiyatrik müdahalelerin uygulanması sürecini geciktiren risk faktörleri olarak belirtilebilir.

8. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

Çalışmamızın güçlü yanları ve kısıtlılıkları bağlamında değerlendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın güçlü yanlarına değinecek olursak,

- Öncelikle çalışmamızın Türkiye'nin Ege Bölgesi'ndeki en büyük üniversite hastanesinde yapılmış olması ve hastanemize Türkiye'nin 3. büyük şehri olan İzmir başta olmak üzere Ege Bölgesi'nin her şehrinden olguların sıklıkla yönlendirilmesi nedeniyle cinsel istismar olgularının demografik dağılımının Türkiye genelini yansıtabilme gücünün yüksek olduğu düşünülmektedir.
- İkinci olarak, örneklem son 7 yıl verilerini sunmakta olup örneklem büyüklüğü göreceli olarak orta düzeyde bir büyüklüğü temsil etmektedir. Bu da bulguların güvenilirliğini artırmaktadır.
- Üçüncü olarak, olguların yaşları ay cinsinden hesaplanarak yaşla ilgili analizler yapılmıştır. Cinsel istismar olgularında olguların olay tarihindeki yaşları ve ruhsal değerlendirme esnasındaki yaşları oldukça önem taşımaktadır. Ayrıca olayın oluş tarihi ile ruhsal değerlendirme arasındaki sürenin ay cinsinden hesaplanması ve ay cinsinden olguların yaşlarının belirlenmesi daha yüksek doğrulukta bulgulara ulaşılmasına katkıda bulunmuştur.
- Dördüncü olarak, olguların psikiyatrik tanıları DSM-5 kriterlerine göre, 3 aşamalı ve yapılandırılmış bir adli olgu değerlendirmesi sonucunda konulmuştur. Üçüncü aşamada ise alanında uzman doktorların oluşturduğu bir konseyde hem olguların psikiyatrik tanıları hem de olguların ruh sağlığının bozulup bozulmadığına ilişkin durumun saptanması 5 kişiden oluşan bu konseyin ortak konsensüsüyle yapılmaktadır.
- Beşinci olarak, olgularda tanısallık değerlendirmenin yanı sıra semptom bazında değerlendirme de yapılmıştır. Bu da daha geniş bir yelpazede bulguların ortaya çıkmasını sağlamıştır.
- Altıncı olarak, literatürdeki çalışmaların önemli bir çoğunluğu cinsel istismarı ya sebep olduğu ruhsal sonuçlar açısından ya demografik özellikler açısından ya gelişimsel özellikler açısından ya psikososyal faktörler açısından ya da istismar şiddeti ve ruhsal sonuçları açısından ele almıştır. Bizim çalışmamız ise tüm bu sayılan sebepler, ara

değişkenler ve sonuçları bir arada ele alarak oldukça kapsamlı bir bulgu çeşitliliği ve nedensellik ilişkileri ortaya koymaktadır.

- Yedinci olarak çalışmamız cinsel istismar olgularının demografik, ruhsal, gelişimsel ve psikososyal özelliklerinin cinsel istismar şiddetiyle ilişkisini ve bununla birlikte cinsel istismar şiddetinin psikiyatrik sonuçlarla ilişkisini ortaya koyan literatürdeki az sayıda çalışmadan biri olmuştur.

Çalışmamızın kısıtlılıklarına değinecek olursak,

- Öncelikle çalışmanın retrospektif dizaynda gerçekleşmiş olması bir kısıtlılıktır. Retrospektif çalışmalar geçmişteki verilerin incelenmesine dayanmaktadır; bu çalışmalarda değişkenlere müdahale ve değişkenleri gözlemleme şansı yoktur. Bu nedenle daha fazla boylamsal çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.
- İkinci olarak son 7 yılda başvuru yapan olguların dosyalarında gerek dosya bilgileri gerek ölçekler bağlamında kayıp verilerin olması çalışmamızı kısıtlayan başka bir unsur olmuştur.
- Üçüncü olarak çalışmamız geçmişe yönelik tarama olduğu için olguların zekâ düzeyleri Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeğinin dördüncü versiyonu (WZÇÖ-IV) ile değerlendirilememiş olup zekâ düzeyleri için WZÇÖ-R puanları baz alınmıştır. Çalışmamızda kullanılan WZÇÖ-R zekâ testi 1984 yılı Türk çocukları normlarına göre standardizasyonu yapılmış bir zekâ ölçeğidir. Her yıl normal çocuk popülasyonunda Flynn etkisiyle 0,3 değerinde zekâ puanı artışı olduğu (222), yani 1984'ten bu yana yaklaşık 37 yılda yaklaşık 11 puan civarında zekâ puanı artışı olduğu saptandığından WZÇÖ-R, 2012 normları oluşturulmuş WZÇÖ-IV'e göre yaklaşık 11 puan kadar daha yüksek IQ puanları çıkarmaktadır. Ayrıca çalışmamızdaki örneklem grubu normal popülasyon olmadığından dolayı Flynn etkisine bağlı oluşan farkın 11 puanın daha da üzerinde olabileceği öngörülebilir. Bu nedenle WZÇÖ-R'nin kullanılması bir kısıtlılık olarak belirtilmektedir.
- Dördüncü olarak olguların ailelerinin sosyoekonomik durumunun değerlendirilmesinde ailelerin aylık gelir düzeyleri çoğu olgu dosyasında görülmemiştir. Bu nedenle aylık aile gelir düzeyine dayalı sosyoekonomik durum değerlendirmesi yapılamamıştır.
- Son olarak ailesel olumsuz psikososyal faktörlere ilişkin veriler olguların ve ebeveynlerinin sözel beyanlarına dayalı olarak dosyalara kaydedilmiştir. Bu faktörlere

ilişkin objektif değerlendirme materyalleri kullanılmamıştır. Mahkemeler tarafından hastanelere yönlendirilen cinsel istismar olguları ve bu olguların ailelerinden özellikle ev yaşantısına ilişkin bilgiler alınırken olgular ve ebeveynler bazen gerçekte var olanı gizleme, saklama ya da olduğundan abartılı bir şekilde söyleme eğiliminde olabilirler. Bu husus da çalışmamızda bir kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir.

9. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenmektedir,

- Cinsel istismara uğrayan kızlarda erkeklere göre daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon bulgusu saptanmıştır.
- Cinsiyetler arasında herhangi bir psikiyatrik tanı alma açısından fark saptanmamış olsa da yaşadıkları cinsel istismar olayından önce psikiyatrik bozukluğu olmayan olgulara bakıldığında kızlarda erkeklere göre istismar sonrasında daha fazla ruhsal bozukluk geliştiği sonucuna varılmıştır.
- İstismar olayından önce MDB tanısı olması, istismar şiddetine ait özellikler, yaş ve zekâ değişkenleri kontrol edildiğinde dahi cinsel istismara uğrayanlarda MDB tanısı kızlarda erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. Ancak TSSB ve AB kızlarda daha yüksek oranda saptansa da bu tanıları yordamada cinsiyet anlamlı bir etkide bulunmamıştır. TSSB için bu sonucun çıkması özellikle erkek çocukların cinsel istismarda sözlü/fiziksel zorlanmayı daha çok yaşamaları nedeniyle TSSB gelişme oranlarının kızlardaki oranlara daha yakın olmasıyla ilişkili gözükmektedir.
- Olguların değerlendirildikleri yaş arttıkça maruz kaldıkları istismarın niteliksel şiddeti ve sözlü/fiziksel zorlanma maruziyetinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak yaş artışı istismar sayısında artışla ilişkili saptanmamıştır.
- Cinsiyet ve zekâ düzeyi kontrol edildiğinde olguların değerlendirildikleri yaştaki artış psikiyatrik tanı alma, ruh sağlığında bozulma ve ilaç tedavisi almayı yordamamaktadır.
- Ancak istismar olayından önce MDB tanısı olması, cinsiyet ve zekâ değişkenleri kontrol edildiğinde dahi olguların değerlendirilme yaşındaki artışın MDB tanısını yordadığı saptanmıştır. Ayrıca yaygın anksiyete bulguları da yaşla birlikte artış göstermektedir.
- İlk kez istismara uğrama yaşının düşmesi ise psikiyatrik bulgular ve psikiyatrik tanılarda artışla ilişkili olarak saptanmamıştır. Hatta ilk kez istismara uğrama yaşının artması

yaygın anksiyete bulguları ve toplam kaygı bulgularında artışı yordamıştır. Literatürle çelişen bu durum ülkemiz ile diğer kültürler arası farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

- Anne ve baba eğitim düzeyinin ve yaşadıkları sosyoekonomik çevrenin olguların uğradıkları cinsel istismarın şiddetini yordamadığı saptanmıştır.
- Olumsuz ailesel psikososyal faktörler genel olarak cinsel istismar şiddetinde artışla ilişkili olarak bulunmuştur. Ancak aile içi şiddet ve kaotik aile ortamının ailede alkol/madde kullanımı, ebeveynlerin boşanması ve ailede suça karışma öyküsüne kıyasla cinsel istismar şiddetine katkıda bulunan daha fazla sayıda faktörün riskini artırdığı saptanmıştır.
- Ebeveyn boşanması, aile içi şiddet, ailede suça bulaşma, ailede alkol/madde kullanımı ve kaotik aile ortamı gibi olumsuz psikososyal faktörlerin tamamı zincirleme cinsel istismara uğrayan olgularda daha fazla saptanmıştır.
- Zihinsel kapasitesi (zekâ düzeyi) düşük olan olguların özellikle niteliksel şiddet ve sözlü/fiziksel zorlanma açısından daha şiddetli düzeyde cinsel istismara uğradığı, yani zekâ düzeyi ile istismar şiddetine katkıda bulunan bu faktörlerin ters şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur.
- Gelişim parametrelerinden konuşmada gecikme ilk kez istismara uğrama yaşında düşmeye ve fail sayısında artmaya yol açarak cinsel istismar şiddeti açısından üzerinde durulması gereken bir risk faktörü olarak gözükmemektedir.
- Cinsel istismara uğrama ile adli polikliniğe başvuru arasındaki sürenin artışının genel örneklemde anksiyete ve depresyon bulgularında artışa ya da azalmaya yol açmasa da özellikle bu sürenin artışının ilaç tedavisi alan olgularda anksiyete bulgularında azalmayla ilişkili olduğu saptanmıştır.
- Hem genel örneklemde hem de zekâ düzeyi düşük olan olgular içinde cinsel istismar şiddetindeki artış yaşanan olay ile adli polikliniğe başvuru arasında geçen sürede uzama ile ilişkili bulunmuştur. Yani cinsel istismar şiddeti yüksek olan olguların adli polikliniğe daha geç başvurduğu saptanmıştır. Bu durum cinsel istismar şiddetindeki artışın olayın ortaya çıkması ve adli polikliniğe başvuruyu geciktirdiği sonucunu ortaya koymaktadır.
- Genel olarak cinsel istismara uğrama şiddeti artışının daha fazla psikiyatrik bulgu ve psikiyatrik tanımlar ile ilişkili olduğu gözlemlenmekle birlikte özellikle cinsel istismara uğrarken sözlü veya fiziksel zorlanmaya maruz kalmanın çocuk ve ergenlerde TSSB,

MDB gibi psikiyatrik bozukluklar, ayrılma anksiyetesi bozukluğu bulguları ve ruh sağlığında bozulmayı yordadığı saptanmıştır.

Tüm olumsuz psikososyal özellikler uğranılan cinsel istismar şiddetini artırması bakımından oldukça önemlidir. Ancak kaotik aile ortamı ve aile içi şiddet diğer psikososyal olumsuz özelliklere kıyasla cinsel istismar şiddetine yönelik daha fazla özellik için risk etmeni olarak bulunmuştur. Bu nedenle klinisyenlerin cinsel istismar şiddeti riskini öngörebilmeleri için bu özellikleri olgularda dikkatli bir şekilde ve titizlikle sorgulamaları önerilir.

Ayrıca sosyal hizmet birimleri ve sosyal politikaların oluşturulmasında görevli kurum ve kuruluşların istismar şiddetini öngören bu psikososyal faktörlere yönelik etkin önlemler almasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

Cinsel istismar şiddetine katkıda bulunan tüm faktörler psikopatolojiler ile ilişkili olması nedeniyle oldukça büyük bir öneme sahiptir. Ancak psikososyal faktörlerde olduğu gibi istismar şiddetine ait özelliklerden sözlü ve fiziksel zorlanma diğerlerine kıyasla psikiyatrik bulgular ve psikopatolojiler için daha belirgin bir risk etmeni olarak görünmektedir. Bu nedenle başta zorlayıcı bir şekilde cinsel istismara uğrama olmak üzere cinsel istismar şiddetine yönelik özelliklerin önüne geçilmesi bu olgularda psikiyatrik bozuklukların gelişme riskini azaltabilir. Aile başta olmak üzere çocuk ve ergenlerin sosyal destek sistemlerinin güçlü olmasıyla ve koruyucu sosyal politikaların etkin şekilde uygulanmasıyla istismarın ve ardından gelişecek psikopatolojilerin önlenebileceği düşünülmektedir.

10. KAYNAKLAR

1. World Health Organization, and World Health Organization. "International society for prevention of child abuse and neglect." Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence (2006): 7-10.
2. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(10 Suppl):37S-56S. doi:10.1097/00004583-199710001-00004
3. Polat, Oğuz. "Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı." Cumhuriyet ve Çocuk 2 (1999): 517-533.
4. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. Child Abuse Negl. 1997;21(4):391-398. doi:10.1016/s0145-2134(96)00180-9
5. Fallon B, Trocmé N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan YY. Methodological challenges in measuring child maltreatment. Child Abuse Negl. 2010;34(1):70-79. doi:10.1016/j.chiabu.2009.08.008
6. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373(9657):68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
7. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(3):269-278. doi:10.1097/00004583-200303000-00006
8. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. Dev Psychopathol. 2011;23(2):453-476. doi:10.1017/S0954579411000174
9. Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. Pediatrics. 2005;116:609-13.
10. Cengel-Kültür E, Cuhadaroğlu-Cetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. Turk J Pediatr. 2007;49(3):256-262.

11. Bahali K, Akçan R, Tahiroglu AY, Avcı A. Child sexual abuse: seven years in practice. *J Forensic Sci.* 2010;55(3):633-636. doi:10.1111/j.1556-4029.2010.01357.x
12. Hall RC, Hall RC. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues [published correction appears in *Mayo Clin Proc.* 2007 May;82(5):639]. *Mayo Clin Proc.* 2007;82(4):457-471. doi:10.4065/82.4.457
13. Sapp MV, Vandeven AM. Update on childhood sexual abuse. *Curr Opin Pediatr.* 2005;17(2):258-264. doi:10.1097/01.mop.0000158731.64293.c7
14. Gürhan N. Her yönüyle çocuk istismar ve ihmali (sağlık-yasa-eğitim ve aile boyutu). Ankara. Nobel Tıp Kitabevi; 2015.
15. Lum JA, Powell M, Timms L, Snow P. A Meta-Analysis of Cross Sectional Studies Investigating Language in Maltreated Children. *J Speech Lang Hear Res.* 2015;58(3):961-976. doi:10.1044/2015_JSLHR-L-14-0056
16. İşeri E. Cinsel İstismar. "Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. 1." Baskı. Ed: Çuhadaroğlu Çetin, F., A. Coşkun, and E. İşeri. Hekimler Yayın Birliği: Ankara (2008): 470-477.
17. Topçu, S. Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı. Ankara: Doruk Yayıncılık, 1997.
18. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):331-342. doi:10.1016/j.chiabu.2008.07.007
19. Alpaslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2014;15(2):194-201.
20. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse Negl.* 2005;29(3):269-284. doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.006
21. Bedi S, Nelson EC, Lynskey MT, McCutcheon VV, Heath AC, Madden PA, Martin NG. Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. *Suicide Life Threat Behav.* 2011 Aug;41(4):406-15. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00040.x. Epub 2011 May 20. PMID: 21599726; PMCID: PMC3518050.
22. Fleming J. Childhood sexual abuse: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1998;10(5):383-386. doi:10.1097/00001703-199810000-00007

23. Renteria SC. Sexueller Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen- Aufdeckung, Untersuchung und Erstbetreuung [Sexual abuse of female children and adolescents-- detection, examination and primary care]. *Ther Umsch.* 2005;62(4):230-237. doi:10.1024/0040-5930.62.4.230
24. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook.* Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
25. Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, et al. The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design. *Addiction.* 2008 Jun;103(6):990-7. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02210.x. PMID: 18482422; PMCID: PMC2653098.
26. Ayraller Taner H, Çetin FH, Işık Y, İşeri E. "Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji ve ilişkili risk etkenleri." *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015;16(4):294-300.
27. Yektaş, C., Tufan, A. E., Buken, B., Cetin, N. Y., & Yazici, M. "Evaluation of abuse and abuser's features and risk factors associated with psychopathology in children and adolescents victimized by sexual abuse/Cinsel istismar magduru çocuk ve ergenlerde istismar ve istismarciya ilişkin özelliklerin ve psikopatoloji ile ilişkili risk etkenlerinin değerlendirilmesi." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 19.5 (2018): 501-509.
28. World Health Organization. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.* World Health Organization, 2006.
29. Cılga, İbrahim. "Türkiye’de çocuk hakları çalışmaları." *Cumhuriyet ve Çocuk* 2 (1999): 506-516.
30. Polat O. *Tıbbi Açıdan Çocuk Hakları ve Çocuk İstismarı. "İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu".* In 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler. Umut Matbaası, İstanbul; 2000.
31. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse Negl.* 1988;12(1):3-23. doi:10.1016/0145-2134(88)90003-8
32. Hobbs CJ, Wynne JM. Sexual abuse of English boys and girls: the importance of anal examination. *Child Abuse Negl.* 1989;13(2):195-210. doi:10.1016/0145-2134(89)90006-9

33. 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):164-180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164
34. Dokgöz, Halis, and H. Kar. "Çocukta cinsel istismar." *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi* 3.3 (2017): 169-174.
35. 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):111-121. doi:10.1007/s00737-003-0039-z
36. Perdahlı Fiş N, Arman A, Kalaca S, Berkem M. Psychiatric evaluation of sexual abuse cases: a clinical representative sample from Turkey. *Children and Youth Services Review* 2010;32(10): 1285-90.
37. Şimşek, Şeref, and Salih Gençdoğan. "Cinsel istismar mağdurlarında istismar süresi ve sıklığı ile travma belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi." *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi* 41.1 (2014).
38. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1994;18(5):409-417. doi:10.1016/0145-2134(94)90026-4
39. Haugaard JJ, Emery RE. Methodological issues in child sexual abuse research. *Child Abuse Negl.* 1989;13(1):89-100. doi:10.1016/0145-2134(89)90032-x
40. Edgardh K, Ormstad K. Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatr.* 2000;89(3):310-319.
41. Cammack AL, Hogue CJ. Retrospectively self-reported age of childhood abuse onset in a United States nationally representative sample. *Inj Epidemiol.* 2017;4(1):7. doi:10.1186/s40621-017-0103-1
42. Koten, Y., C. Tuğlu, and E. Abay. "Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirimi." *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı* 154 (1996).
43. Ögel, Kültegin, and Harika Yücel. "Sokakta yaşayan ergenler ve sağlık durumları/Adolescents who live on the streets and their health status." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 6.1 (2005): 11.

44. Bag Ö., Alşen S. "Çocuk izlem merkezinde cinsel istismarin değerlendirilmesi: Bir merkezin bir yıllık deneyimi/The evaluation of child sexual abuse in a child advocacy center: one year experience of a center." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 18.1 (2017): 62.
45. Şahin F, İşeri E, Paslı F, Demiral B, Çepik A, Akar T, et al. Adolesan ve cinsel istismar. *Ulusal Adolesan Sağlığı Kongre Özet Kitabı*. 2006;266–7.
46. Goodman R., Scott S. *Child and Adolescent Psychiatry*: John Wiley & Sons; 2012.
47. Walrath C, Ybarra M, Holden EW, Liao Q, Santiago R, Leaf P. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. *Child Abuse Negl.* 2003;27(5):509-524. doi:10.1016/s0145-2134(03)00035-8
48. Chavez Ayala R, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Allen-Leigh B, Ponce EL. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México [Factors for sexual abuse during childhood and adolescence in students of Morelos, Mexico]. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):506-514. doi:10.1590/s0034-89102009000300015
49. Koçtürk N, Yüksel F. Characteristics of victims and perpetrators of intrafamilial sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2019;96:104122. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104122
50. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
51. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(10):830-839. doi:10.1016/S2215-0366(19)30286-X
52. Müjdecioğlu-Demir G. Cinsel İstismar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi II Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar*. Ed. Ercan ES. 1. Baskı Akademisyen Yayınevi, Ankara. 2020;891-5
53. White, HR, Widom CS. "Intimate partner violence among abused and neglected children in young adulthood: The mediating effects of early aggression, antisocial personality, hostility and alcohol problems." *Aggressive behavior: Official journal of the international society for research on aggression* 29.4 (2003): 332-345.
54. Williams LM, Herrera VM. Child maltreatment and adolescent violence: understanding complex connections. *Child Maltreat*. 2007;12(3):203-207. doi:10.1177/1077559507304427

55. Bilginer C, Hesapcioglu ST, Kandil S. Sexual abuse in child- hood: a multi-dimentional look from the view point of victims and perpetrators. *Düşünen Adam* 2013; 26:55-64.
56. Soylu N, Şentürk Pılan B, Ayaz M, Sönmez S. "Cinsel istismar magduru çocuk ve ergenlerde ruh sagligini etkileyen etkenlerin arastirilmesi/Study of factors affecting mental health in sexually abused children and adolescent." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012;13(4):292-298.
57. Uytun, M. Ç., Yılmaz, R., Öztop, D. B., & Özdemir, Ç. "Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerin kendine zarar verme, intihar davranışı ve psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi." *Adli Tıp Bülteni* 21.3 (2016): 137-143.
58. Köse, S., Aslan, Z., Başgül, Ş. S., Şahin, S., Yılmaz, Ş., Çıtak, S., et al. "Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olgular." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 12 (2011): 221-5.
59. Tahiroglu, AY, Avcı A, Çekin N. "Çocuk istismari, ruh sagligi ve adli bildirim zorunlulugu*/Child abuse, mental health, mandatory reporting law." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9.1 (2008): 1.
60. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
61. 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. doi:10.1016/j.chiabu.2004.06.014
62. İmren SG, Ayşe A, Yusufoğlu C, Arman AR. "Clinical features and risk factos related with suicide attempts in sexually abused children and adolescents." *Marmara Medical Journal* 26.1 (2013): 11-16.
63. Eskin, M, Kaynak-Demir H, Demir S. "Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey." *Archives of sexual behavior* 34.2 (2005): 185-195.
64. Ozbaran B, Erermis S, Bukusoglu N, Bildik T, Tamar M, Ercan ES, et al. Social and emotional outcomes of child sexual abuse: a clinical sample in Turkey. *J Interpers Violence.* 2009 Sep;24(9):1478-93. doi: 10.1177/0886260508323663. Epub 2008 Sep 15. PMID: 18794375.

65. Quinn KM. Interviewing children for suspected sexual abuse. Benedek EP, Ash P, Scott CL (ED). *Child and Adolescent Forensic Mental Health* içinde, Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2010; p.229-240.
66. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 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;36:423-442.
67. Bilginer Ç. Çocuk ve ergenlerde adli psikiyatri uygulamaları. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi II Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar*. In: Ercan ES, Bilaç Ö, editors. 1. Baskı Akademisyen Yayınevi, Ankara. 2020;759-73.
68. Türk Ceza Kanunu 2004. Erişim Tarihi: Mayıs 14, 2021. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>.
69. Türk Ceza Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, (Kabul tarihi: 28.06.2014) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/06/20140628-9.htm>. Erişim Tarihi: Mayıs 14, 2021.
70. 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):1239-1255. doi:10.1016/j.chiabu.2006.04.008
71. Bilginer C. Oyun Döneminde Cinsel Eğitim. In: İşeri E, Güney E, Torun Taş Y, editors. *Oyun Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları, 2018; p.217-229.
72. Bilginer SÇ, Çalışkan D. Çocuğu istismardan korumada yeni bir yaklaşım: Çocuk izlem merkezleri. In: Kepenekçi Karaman Y, Taşkın P, editors. Ankara: PEGEM Akademi Yayınları, 2018; p.119-127.
73. Akco S, Dagli T, Inanici MA, Kaynak H, Oral R, Sahin F, et al. Child abuse and neglect in Turkey: professional, governmental and non-governmental achievements in improving the national child protection system. *Paediatr Int Child Health*. 2013 Nov;33(4):301-9. doi: 10.1179/2046905513Y.00000000088. Epub 2013 Sep 19. PMID: 24070409.
74. European Barnahus Quality Standards. Guidance for Multidisciplinary and Interagency Response to Child Victims and Witnesses of Violence (internet). PROMISE Project Series (erişim tarihi Mayıs 15, 2021). Available from: <https://www.childrenatrisk.eu/promise/wp-content/uploads/2017/06/PROMISE-European-Barnahus-Quality-Standards.pdf>

75. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(3):371-392. doi:10.1016/j.jaad.2007.06.001
76. Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child Abuse Negl*. 1993;17(1):91-110. doi:10.1016/0145-2134(93)90011-s
77. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Ann Emerg Med*. 2015;66(5):447-454. doi:10.1016/j.annemergmed.2015.06.020
78. Zeyrek İ, İçen S, İşeri E. Çocuk ve Ergenlerde istismar Şüphesinde Acil Yaklaşım. Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Aciller. In: İşeri E, İçen S. (editors). 2020; Ankara. Akademisyen kitabevi. p.125-141.
79. Yalın, A., Kerimoğlu E, Erman H. "Okul öncesi çocuklarda cinsel istismarı önleme programı: anababaların tutum, görüş ve davranışlarının taranması." *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1995;2(1):18-29.
80. İşeri E, Güney E, Torun Taş Y. Oyun Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2018.
81. Şenol, E., Meral, O., Sertöz, Ö. Ö., Altıntoprak, A. E., Coşkunol, H., & Güler, H. "Cinsel saldırı olguları için düzenlenen adli psikiyatrik raporların incelenmesi." *The Bulletin of Legal Medicine* 21.3 (2016): 159-166.
82. Uytun MÇ, Öztıp DB. Cinsel istismar mağduru olan çocuk ve ergenlere konulan psikiyatrik tanıların ve uygulanan tedavi- lerin devamlılığının değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2016; 54:18-24.
83. Cummings M, Berkowitz SJ, Scribano PV. Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(6):599-607. doi:10.1007/s11920-012-0316-5
84. Khouzam HR. Victims of Domestic Abuse and Rape. *Handbook of Emergency Psychiatry* içinde, Khouzam HR, Tan DT & Gill TS (eds), Mosby Elsevier Press, 2007;p:419-52.
85. Savaşır I, Şahin N. Beck Depresyon Envanteri (BDE). İçinde: Savaşır I, Şahin NH, editörler. Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*; 1997. s. 23–38.
86. BECK AT. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961;4(6):561.

87. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised beck depression inventory. *Journal of Clinical Psychology*. 1984;40(6):1365–7.
88. Hatzenbuehler LC, Parpal M, Matthews L. Classifying college students as depressed or nondepressed using the Beck Depression Inventory: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(3):360–6.
89. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikol Derg*. 1988;6:118–22.
90. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikol Derg*. 1989;7(23):3–13.(2)
91. Kovacs, M. (1980/1981). Rating scale to depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*, 46: 305-15.
92. Öy, B. (1990). Çocuklar için depresyon ölçeğinin öğrenciler ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda uygulanması. *Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi*. Ankara.
93. BIRMAHER BORIS, KHETARPAL SUNEETA, BRENT DAVID, CULLY MARLANE, BALACH LISA, KAUFMAN JOAN, et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(4):545–53.
94. BIRMAHER BORIS, BRENT DAVIDA, CHIAPPETTA LAUREL, BRIDGE JEFFREY, MONGA SUNEETA, BAUGHER MARIANNE. Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(10):1230–6.
95. Çakmakçı FK. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2004;11(2).
96. Zink T, Klesges L, Stevens S, Decker P. The Development of a Sexual Abuse Severity Score. *Journal of Interpersonal Violence*. 2008;24(3):537–46.
97. Wechsler D. (1974). WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children revised. New York: Psychological Corporation.
98. Savaşır I, Şahin N. (1995). Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

99. Anzieu D, Chabert C. Projektif Yöntemler, Bahar Kolbay (Çeviren). 1. Baskı, İstanbul: Bağlam Yayınları. 2011.
100. Tunaboğlu-İkiz T. Tematik Algı Testi: Psikanalitik Yönelimli El Kitabı. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2016
101. Sedat Bakıcı, 5237 Sayılı Yasa Kapsamında Ceza Hukuku Genel Hükümler, Adalet Yayınevi, Ankara, 2008.
102. Black MM, Matula K. Essentials of the Bayley scales of infant assessment II. New York: Wiley, 2000.
103. Rudd LC, Kelley HM. Language Development. Encyclopedia of Child Behavior and Development. 2011;:865–.
104. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
105. Kim JH. Multicollinearity and misleading statistical results. Korean Journal of Anesthesiology. 2019;72(6):558–69.
106. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied Logistic Regression. Wiley Series in Probability and Statistics. 2013; ISBN 978-0-470-58247-3.
107. Dokgöz, H., Bilgin, N. G., Kar, H., Toros, F., & Çekin, N. "Çocuk Cinsel İstismar Olgusuna Yaklaşımda Çocuk Psikiyatrisi Değerlendirmesinin Önemi." Adli Psikiyatri Dergisi 5.1 (2008): 37-41.
108. Rajan G, Ljunggren G, Wändell P, Wahlström L, Svedin CG, Carlsson AC. Diagnoses of sexual abuse and their common registered comorbidities in the total population of Stockholm. J Epidemiol Community Health. 2017;71(6):592-598. doi:10.1136/jech-2016-208105
109. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. Child abuse & neglect. 2002;26(6):697–714.
110. Gunce G. Child sexual abuse. In: Protection of Children From Il-Treatment 1 National Congress. 1991. p. 120–7.
111. Gündüz R, Gültaş V. 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda Cinsel Suçlar Kitabı, İzmir, Bilge Yayınevi, 2008, pp. 9-80.

112. Alşen Güney S, Bağ Ö. Ülkemizde COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Uygulanan Karantina Süreçlerinin Başlangıç Döneminde Çocukluk Çağı Cinsel İstismarına Ait Özellikler. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2021;28:27-34.
113. Martin A, Najman JM, Williams GM, Bor W, Gorton E, Alati R. Longitudinal analysis of maternal risk factors for childhood sexual abuse: early attitudes and behaviours, socioeconomic status, and mental health. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(8):629-637. doi:10.3109/00048674.2011.587395
114. Mekuria A, Nigussie A, Abera M. Childhood sexual abuse experiences and its associated factors among adolescent female high school students in Arbaminch town, Gammo Goffa zone, Southern Ethiopia: a mixed method study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15:21. Published 2015 Aug 18. doi:10.1186/s12914-015-0059-6
115. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2000;12(5):349-355. doi:10.1097/00001703-200010000-00003
116. Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl*. 2002;26(1):11-22. doi:10.1016/s0145-2134(01)00308-8
117. Aysev AS. Cinsel İstismar. In: *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları*. p. 719.
118. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Family structure variations in patterns and predictors of child victimization. *Am J Orthopsychiatry*. 2007;77(2):282-295. doi:10.1037/0002-9432.77.2.282
119. Eurostat. Marriage and divorce statistics [Internet]. Luxembourg: Eurostat, 2019 [cited 2021 May]. Available from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_divorce_statistics
120. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=37211#:~:text=Bo%C5%9Fan%C3%A7iftlerin%20say%C4%B1s%C4%B1%202019%20y%C4%B1l%C4%B1nda,binde%20%20C62%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti>.
121. Snow, Pamela C. "Child maltreatment, mental health and oral language competence: Inviting speech-language pathology to the prevention table." *International Journal of Speech-Language Pathology* 11.2 (2009): 95-103.

122. Trout, A. L., Nordness, P. D., Pierce, C. D., & Epstein, M. H. "Research on the academic status of children with emotional and behavioral disorders: A review of the literature from 1961 to 2000." *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 11.4 (2003): 198-210.
123. Romano E, Babchishin L, Marquis R, Fréchette S. Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. *Trauma Violence Abuse*. 2015;16(4):418-437. doi:10.1177/1524838014537908
124. Baytunca MB, Ata E, Ozbaran B, Kaya A, Kose S, Aktas EO, et al. Childhood sexual abuse and supportive factors. *Pediatr Int*. 2017 Jan;59(1):10-15. doi: 10.1111/ped.13065. Epub 2016 Sep 5. PMID: 27288641.
125. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl*. 1996;20(9):843-850. doi:10.1016/0145-2134(96)00072-5
126. Stroebel SS, O'Keefe SL, Beard KW, Kuo SY, Swindell S, Stroupe W. Brother-sister incest: data from anonymous computer-assisted self interviews. *J Child Sex Abus*. 2013;22(3):255-276. doi:10.1080/10538712.2013.743952
127. Gerke J, Rassenhofer M, Witt A, Sachser C, Fegert JM. Female-Perpetrated Child Sexual Abuse: Prevalence Rates in Germany. *J Child Sex Abus*. 2020;29(3):263-277. doi:10.1080/10538712.2019.1685616
128. Koç İ, Çağatay P, Adalı T. Doğurganlık, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2009. p.59-62.
129. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *J Pediatr Psychol*. 2009;34(4):366-378. doi:10.1093/jpepsy/jsn098
130. Francisco MA, Hicks K, Powell J, Styles K, Tabor JL, Hulton LJ. The effect of childhood sexual abuse on adolescent pregnancy: an integrative research review. *J Spec Pediatr Nurs*. 2008;13(4):237-248. doi:10.1111/j.1744-6155.2008.00160.x
131. Yılmaz B. Çocukta cinsel istismar risk etmenleri. *Türk Psikoloji Bülteni* 2002;8(24-25):74-6.
132. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(3):146-150. doi:10.1016/j.jflm.2012.06.005

133. Türkmen, S. N., Sevinç, İ., Kırılı, Ö., Erkul, İ., & Kandemir, T. "Cinsel istismara uğrayan kız çocuklarının profilleri." İzmir Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 7.3 (2017): 197-202.
134. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, Yuce D., Karaçetin G., Tufan A.E., et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). Nord J Psychiatry. 2019;73(2):132-140. doi:10.1080/08039488.2019.1574892
135. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özaslan T, Rohde LA. Is the prevalence of ADHD in Turkish elementary school children really high?. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50(7):1145-1152. doi:10.1007/s00127-015-1071-9
136. Fuller-Thomson E, Lewis DA. The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Abuse Negl. 2015;47:94-101. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.005
137. Almuneef M. Long term consequences of child sexual abuse in Saudi Arabia: A report from national study [published online ahead of print, 2019 Mar 11]. Child Abuse Negl. 2019;103967. doi:10.1016/j.chiabu.2019.03.003
138. Csoboth CT, Birkás E, Purebl G. Physical and sexual abuse: risk factors for substance use among young Hungarian women. Behav Med. 2003;28(4):165-171. doi:10.1080/08964280309596055
139. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. Clin Psychol Rev. 2009;29(7):647-657. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003
140. Scheidell JD, Kumar PC, Campion T, Quinn K, Beharie N, McGorray SP, Khan MR. Child Sexual Abuse and HIV-Related Substance Use and Sexual Risk Across the Life Course Among Males and Females. J Child Sex Abus. 2017 Jul;26(5):519-534. doi: 10.1080/10538712.2017.1319004. PMID: 28696907; PMCID: PMC5943712.
141. Mandell DS, Walrath CM, Manteuffel B, Sgro G, Pinto-Martin JA. The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. Child Abuse Negl. 2005;29(12):1359-1372. doi:10.1016/j.chiabu.2005.06.006
142. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am. 2009;32(3):483-524. doi:10.1016/j.psc.2009.06.002

143. McHenry J, Carrier N, Hull E, Kabbaj M. Sex differences in anxiety and depression: role of testosterone. *Front Neuroendocrinol.* 2014;35(1):42-57. doi:10.1016/j.yfrne.2013.09.001
144. Sözen A , Özgür T , Elçi Ç , Bakır P , Efil H , Özver İ ve ark. Erişkin Yaşta Cinsel İstismara Uğramış Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalama ve Psikopatoloji Arasındaki İlişki. *Journal Of Mood Disorders.* 2013; 3(2): 64-69.
145. Bos AE, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology.* 2013;35(1):1–9.
146. Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clin Psychol Rev.* 2017;56:1-12. doi:10.1016/j.cpr.2017.05.004
147. Burgess AW, Welner M, Willis DG. Educator sexual abuse: two case reports. *J Child Sex Abus.* 2010;19(4):387-402. doi:10.1080/10538712.2010.495045
148. Longobardi, C., Prino, L. E., Fabris, M. A., & Settanni, M. (2019). Violence in school: An investigation of physical, psychological, and sexual victimization reported by Italian adolescents. *Journal of school violence*, 18(1), 49-61.
149. Timmerman, Greetje. "Sexual harassment of adolescents perpetrated by teachers and by peers: An exploration of the dynamics of power, culture, and gender in secondary schools." *Sex roles* 48.5 (2003): 231-244.
150. Koçtürk N, Yüksel F. The Characteristics of Child Sexual Abuse in the School Environment in Turkey. *J Child Sex Abus.* 2018;27(7):852-869. doi:10.1080/10538712.2018.1501787
151. Hébert M, Cénat JM, Blais M, Lavoie F, Guerrier M. CHILD SEXUAL ABUSE, BULLYING, CYBERBULLYING, AND MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG HIGH SCHOOLS STUDENTS: A MODERATED MEDIATED MODEL. *Depress Anxiety.* 2016;33(7):623-629. doi:10.1002/da.22504
152. Birmaher B, Brent DA, Benson RS: Child and adolescent depression: A review of the past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1427–1439.
153. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rhodes P: Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33:809–818.
154. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al.: Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996, 276:293–299.

155. Weller EB, Kloos A, Kang J, Weller RA. Depression in children and adolescents: does gender make a difference?. *Curr Psychiatry Rep.* 2006;8(2):108-114. doi:10.1007/s11920-006-0007-1
156. Zarrouf FA, Artz S, Griffith J, Sirbu C, Kommor M. Testosterone and depression: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Pract.* 2009; 15:289–305. [PubMed: 19625884]
157. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J Pers Soc Psychol.* 2006;91(4):730-749. doi:10.1037/0022-3514.91.4.730
158. Zhang M, Zhang J, Zhang F, Zhang L, Feng D. Prevalence of psychological distress and the effects of resilience and perceived social support among Chinese college students: Does gender make a difference?. *Psychiatry Res.* 2018;267:409-413. doi:10.1016/j.psychres.2018.06.038
159. Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes, H. E. Preventing the “second rape”: Rape survivors’ experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence*, 2001;16:1239–1259. doi:10.1177/088626001016012002
160. Kennedy AC, Prock KA. "I Still Feel Like I Am Not Normal": A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child Sexual Abuse, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse.* 2018;19(5):512-527. doi:10.1177/1524838016673601
161. https://en.wikipedia.org/wiki/Dominant_narrative "Speaking Truth to Power: Understanding the Dominant, Animal-Eating Narrative for Vegan Empowerment and Social Transformation". One Green Planet. 21 January 2013. Retrieved 2015-11-02.
162. Miller R, Mason SE. Shame and guilt in first-episode schizophrenia and schizoaffective disorders. *J Contemp Psychotherapy.* 2005;35:211-21.
163. Kendler KS, Aggen SH. Clarifying the causal relationship in women between childhood sexual abuse and lifetime major depression. *Psychol Med* 2014;44:1213 – 1222.
164. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017;56:65-81. doi:10.1016/j.cpr.2017.06.002

165. Soylu N, Ayaz M, Gökten ES, Alpaslan AH, Dönmez YE, Özcan ÖÖ, et al. Gender Differences in Sexually Abused Children and Adolescents: A Multicenter Study in Turkey. *J Child Sex Abus.* 2016 May-Jun;25(4):415-27. doi: 10.1080/10538712.2016.1143073. PMID: 27266537.
166. Yildirim A, Uluocak N, Atilgan D, Ozcetin M, Erdemir F, Boztepe O. Evaluation of lower urinary tract symptoms in children exposed to sexual abuse. *Urol J.* 2011;8(1):38-42.
167. İŞERİ, ELVAN And KARA AŞKIN, ESRA K. . "Çocuk Cinsel İstismarında Psikiyatrik Yaklaşım." *TÜRKİYE KLİNİKLERİ* , vol.3, no.3, pp.181-187, 2017
168. Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V. A., Marino, T., Cole, H. et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry.* 2005;162(6):1083-1089. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1083
169. White, JW, Buehler C. "Adolescent sexual victimization, ADHD symptoms, and risky sexual behavior." *Journal of Family Violence* 27.2 (2012): 123-132.
170. Metin, Özge, Fevziye Toros, and Canan Kuygun Karıcı. "Cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerde cinsiyet ve yaşa ilişkin farklılıklar: Psikopatoloji öngörücüleri." *Klinik Psikiyatri Dergisi* 24.1 (2021).
171. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl.* 2006;30(3):247-255. doi:10.1016/j.chiabu.2005.10.012
172. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010 Jul;85(7):618-29. doi: 10.4065/mcp.2009.0583. Epub 2010 May 10. PMID: 20458101; PMCID: PMC2894717.
173. Wichstrøm L, Belsky J, Steinsbekk S. Homotypic and heterotypic continuity of symptoms of psychiatric disorders from age 4 to 10 years: a dynamic panel model. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;58(11):1239-1247. doi:10.1111/jcpp.12754
174. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1999; 23:115-128.
175. Polat O. Çocuk ve şiddet. 1.Baskı, İstanbul: Der Yayınları.2001

176. Pittenger SL, Pogue JK, Hansen DJ. Predicting Sexual Revictimization in Childhood and Adolescence: A Longitudinal Examination Using Ecological Systems Theory. *Child Maltreat.* 2018;23(2):137-146. doi:10.1177/1077559517733813
177. Assink M, van der Put CE, Meeuwssen MWCM, de Jong NM, Oort FJ, Stams GJJM, et al. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2019 May;145(5):459-489. doi: 10.1037/bul0000188. Epub 2019 Feb 18. PMID: 30777768.
178. Mouilso ER, Calhoun KS, Gidycz CA. Effects of participation in a sexual assault risk reduction program on psychological distress following revictimization. *J Interpers Violence.* 2011;26(4):769-788. doi:10.1177/0886260510365862
179. Roodman AA, Clum GA. Revictimization rates and method variance: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(2):183-204. doi:10.1016/s0272-7358(99)00045-8
180. Widom CS, Czaja SJ, Paris J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J Pers Disord.* 2009;23(5):433-446. doi:10.1521/pedi.2009.23.5.433
181. Krishnakumar P, Satheesan K, Geeta MG, Sureshkumar K. Prevalence and spectrum of sexual abuse among adolescents in Kerala, South India. *Indian J Pediatr.* 2014;81(8):770-774. doi:10.1007/s12098-013-1260-z
182. Bae SM, Kang JM, Hwang IC, Cho H, Cho SJ. Intelligence Is Associated With Voluntary Disclosure in Child Sexual Abuse Victims. *J Adolesc Health.* 2017;61(3):335-341. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.005
183. Byrne G. Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability: A review of the recent literature. *Journal of Intellectual Disabilities.* 2018;22(3):294-310. doi:10.1177/1744629517698844
184. Soylu N, Alpaslan AH, Ayaz M, Esenyel S, Oruç M. Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013;34(12):4334-4342. doi:10.1016/j.ridd.2013.09.010
185. Brownlie EB, Jabbar A, Beitchman J, Vida R, Atkinson L. Language impairment and sexual assault of girls and women: findings from a community sample. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(4):618-626. doi:10.1007/s10802-007-9117-4

186. Brownlie EB, Graham E, Bao L, Koyama E, Beitchman JH. Language disorder and retrospectively reported sexual abuse of girls: severity and disclosure. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(10):1114-1121. doi:10.1111/jcpp.12723
187. Yüksel, A.E., Doğan, N., Tahıllıoğlu, A., Bilaç Ö., Uysal T., Ercan E.S. ADHD and its associations with pregnancy, birth, developmental and medical-related characteristics. *Curr Psychol* (2021). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01817-1>
188. Snyder JA. The Link Between ADHD and the Risk of Sexual Victimization Among College Women: Expanding the Lifestyles/Routine Activities Framework. *Violence Against Women*. 2015;21(11):1364-1384. doi:10.1177/1077801215593647
189. Sevliver M, Roth ME, Gillis JM. Sexual abuse and offending in autism spectrum disorders. *Sexuality and Disability*. 2013 Jun 1;31(2):189-200.
190. Ohlsson Gotby V, Lichtenstein P, Långström N, Pettersson E. Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization in childhood and adolescence - a population-based prospective twin study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(9):957-965. doi:10.1111/jcpp.12884
191. Hughes RB, Robinson-Whelen S, Raymaker D, Lund EM, Oswald M, Katz M, et al. Partnering with People with Disabilities to Address Violence Consortium. The relation of abuse to physical and psychological health in adults with developmental disabilities. *Disabil Health J*. 2019 Apr;12(2):227-234. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.09.007. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30655190.
192. Smit MJ, Scheffers M, Emck C, van Busschbach JT, Beek PJ. Clinical characteristics of individuals with intellectual disability who have experienced sexual abuse. An overview of the literature. *Res Dev Disabil*. 2019;95:103513. doi:10.1016/j.ridd.2019.103513
193. Brenner J, Pan Z, Mazefsky C, Smith KA, Gabriels R; Autism and Developmental Disorders Inpatient Research Collaborative (ADDIRC). Behavioral Symptoms of Reported Abuse in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder in Inpatient Settings. *J Autism Dev Disord*. 2018;48(11):3727-3735. doi:10.1007/s10803-017-3183-4
194. Easton SD. Understanding adverse childhood experiences (ACE) and their relationship to adult stress among male survivors of childhood sexual abuse. *J Prev Interv Community*. 2012;40(4):291-303. doi:10.1080/10852352.2012.707446

195. McLean CP, Morris SH, Conklin P, Jayawickreme N, Foa EB. Trauma Characteristics and Posttraumatic Stress Disorder among Adolescent Survivors of Childhood Sexual Abuse. *J Fam Violence*. 2014;29(5):559-566. doi:10.1007/s10896-014-9613-6
196. Naar-King S., Silvern L., Ryan V., Sebring D. "Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence." *Journal of Family Violence* 17.2 (2002): 133-149.
197. McClellan J, McCurry C, Ronnei M, Adams J, Eisner A, Storck M. Age of onset of sexual abuse: relationship to sexually inappropriate behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1375-1383. doi:10.1097/00004583-199610000-00025
198. Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychol Med*. 2018;48(15):2467-2476. doi:10.1017/S0033291718000740
199. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(7):842-855. doi:10.1016/j.jaac.2019.10.011
200. González-Chica DA, Licinio J, Musker M, Wong M, Bowden J, Hay P, et al. Bullying and sexual abuse and their association with harmful behaviours, antidepressant use and health-related quality of life in adulthood: a population-based study in South Australia. *BMC Public Health*. 2019 Jan 7;19(1):26. doi: 10.1186/s12889-018-6367-8. PMID: 30616538; PMCID: PMC6323811.
201. Banyard, Victoria L., and Linda M. Williams. "Characteristics of child sexual abuse as correlates of women's adjustment: A prospective study." *Journal of Marriage and the Family* (1996): 853-865.
202. Thornberry TP, Henry KL, Ireland TO, Smith CA. The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *J Adolesc Health*. 2010;46(4):359-365. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.09.011
203. Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, Saxe GN. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1305-1310. doi:10.1176/appi.ajp.162.7.1305
204. Kaplow JB, Widom CS. Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(1):176-187. doi:10.1037/0021-843X.116.1.176

205. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry*. 2013 Jun;12(2):149-54. doi: 10.1002/wps.20039. PMID: 23737424; PMCID: PMC3683267.
206. Wolfe DA, Sas L, Wekerle C. Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:37-50.
207. Carlson EB, Furby L, Armstrong J, Shlaes J. A Conceptual Framework for the Long-Term Psychological Effects of Traumatic Childhood Abuse. *Child Maltreatment*. 1997;2(3):272-295. doi:10.1177/1077559597002003009
208. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl*. 2018;86:167-177. doi:10.1016/j.chiabu.2018.09.019
209. Krahé B, Berger A. Gendered pathways from child sexual abuse to sexual aggression victimization and perpetration in adolescence and young adulthood. *Child Abuse Negl*. 2017;63:261-272. doi:10.1016/j.chiabu.2016.10.004
210. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(2):103-129. doi:10.1177/1524838005275087
211. Culatta E, Clay-Warner J, Boyle KM, Oshri A. Sexual Revictimization: A Routine Activity Theory Explanation. *J Interpers Violence*. 2020;35(15-16):2800-2824. doi:10.1177/0886260517704962
212. Das A, Otis N. Sexual Contact in Childhood, Revictimization, and Lifetime Sexual and Psychological Outcomes. *Arch Sex Behav*. 2016;45(5):1117-1131. doi:10.1007/s10508-015-0620-3
213. Arata, Catalina M. "Child sexual abuse and sexual revictimization." *Clinical psychology: Science and practice* 9.2 (2002): 135-164.
214. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW. Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *J Interpers Violence*. 2003;18(12):1452-1471. doi:10.1177/0886260503258035
215. Ullman SE. Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addict Behav*. 2016;53:7-10. doi:10.1016/j.addbeh.2015.09.010

216. Chou KL. Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: evidence from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(11):e1365-e1371. doi:10.4088/JCP.12m07946
217. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med* 2005;28(5):430–438.
218. Friedrich WN, Whiteside SP, Talley NJ. Noncoercive sexual contact with similarly aged individuals. *Journal of Interpersonal Violence* 2004;19(9):1075–1084.
219. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *BMJ*. 1998;316(7126):198-201. doi:10.1136/bmj.316.7126.198
220. Johnson DM, Pike JL, Chard KM. Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl*. 2001;25(1):179-198. doi:10.1016/s0145-2134(00)00225-8
221. Angelosante, Aleta G., Magdalena A. Ostrowski, and Rachel R. Chizkov. "Separation anxiety disorder." *Pediatric Anxiety Disorders*. Humana Press, New York, NY, 2013. 129-142.
222. Uluç, Sait, Burcu Korkmaz, and Özge Sahin. "Flynn Etkisi'nin Türk örnekleminde değerlendirilmesi: WÇZÖ-R ve WÇZÖ-IV zeka bölümü (ZB) puanlarının karşılaştırılması." *Türk Psikoloji Dergisi* 29.73 (2014): 60.

11. EKLER

EK – 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (SDVF)

CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFİK, GELİŞİMSEL, RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
OLGU NO: ...

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyeti	1. Kız 2. Erkek
Doğum Tarihi	
Yaşı	
Tanı	0.Yok 1. Var
Psikiyatrik Tanı(lar)	1. 2. 3.
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	0.Yok 1. Var (var ise kullandığı ilaçlar:)
Öğrenim Durumu	1. Öğrenimine devam ediyor 2. Öğrenimini bırakmış (bırakmışsa ne zaman?.....)
Öğrenim Düzeyi	1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise
Çalışma Durumu	0.Bir işte çalışmıyor 1. Bir işte çalışıyor 2.Daha önce çalışırken işi bırakmış
Ebeveyn Ölümü	0.Yok 1. Anne ölümü var 2. Baba ölümü var
Üvey ebeveyne sahip olma durumu	0.Yok 1. Üvey annesi var 2. Üvey babası var
Anne Yaşı	
Annenin Eğitim Düzeyi	1. Okuryazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Yüksekokul/Üniversite
Annenin Meslek Durumu	1. Çalışıyor (işçi/ memur/ serbest) 2. Çalışmıyor 3. Emekli
Annede Fiziksel Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)
Annede Ruhsal Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)
Baba Yaşı	
Babanın Eğitim Düzeyi	1. Okuryazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Yüksekokul/Üniversite
Babanın Meslek Durumu	1. Çalışıyor (işçi/ memur/serbest) 2. Çalışmıyor 3. Emekli
Babada Fiziksel Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)
Babada Ruhsal Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)
Kendisi Dahil Kardeş Sayısı	
Diğer kardeşlerde Ruhsal Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)
Akrabalarda ruhsal hastalık varlığı	0.Yok 1. Var (.....)

Ailede Şiddet	1.Yok 2.Anneyle genç 3.Babayla genç 4.Anneyle baba arası 5.Diğer (.....)
Ailede alkol/madde bağımlılığı	0.Yok 1. Var (.....)
Ailede suça bulaşma öyküsü	0.Yok 1. Var (.....)
Ailede öz kıyım öyküsü	0.Yok 1. Var (.....)
Ailenin Aylık Gelir Durumu	1. Çok Düşük (1500TL'nin altı) 2. Düşük (1500-3000TL) 3. Orta (3000-4500TL) 4. Yüksek (4500-6000TL) 5. Çok yüksek (6000TL'nin üzeri)
Yaşadığı Yer	1. İl Merkezi 2. İlçe Merkezi 3. Kasaba 4. Köy
Aile Tipi	1. Çekirdek 2. Geniş 3. Parçalanmış
Sigara kullanımı	0. Yok 1. Var (.....)
Alkol kullanımı	0. Yok 1. Var (.....)
Madde kullanımı	0. Yok 1. Var (.....)
Olaydan sonra psikiyatrik destek aldı mı?	0.Hayır 1. Evet
Psikiyatrik destek aldıysa ne kadar zaman sürdü?	1. 1 yıldan az 2. 1 yıldan fazla ancak düzensiz 3. 1 yıldan fazla ve düzenli 4. 2 yıldan fazla ancak düzensiz 5. 2 yıldan fazla ve düzenli

Diğer Ölçüm Materyallerinden Elde Edilen Sonuçlar

BDI skoru:

CDI skoru:

SCARED skoru:

SASS skoru:

WISC-R puanları: SIQ:

PIQ:

TIQ:

EK – 2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

BECK ENVANTERİ SORU FORMU

İsim :

Cinsiyeti :

Doğum tarihi :

Eğitim Durumu :

YÖNERGE : Arkada, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde-
de o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dik-
katle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde
bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, cevap kağıdında, o madde
numarasının karşısında, size uygun ifadeye tekabül eden seçeneği bulup SADECE CE-
VAP KAĞIDINA İŞARETLEYİNİZ.

ÖRNEK :

Soru formu :

- 1— (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(a) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm. Ve kendi-
mi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki
dayanamıyorum.

Cevap Formu

	a	b	c	d
1—	☐	☐	☐	☐

Eğer bizim için uygun ifade «a» seçeneği ise yukarıda görüldüğü gibi cevap kağıdında
«a» seçeneğinin altındaki boşluğu karalayınız.

BECK ENVANTERİ

- 1— (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Herzaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2— (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbirşey yok.
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3— (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Heskestən daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4— (a) Herşeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum).
(b) Herşeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
(c) Artık hiçbirşeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
(d) Beni doyuran hiçbirşey yok. Herşey çok sıkıcı.
- 5— (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6— (a) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
(b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
(d) Bazı şeyler için cezalandırıyorum.
- 7— (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8— (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9— (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
(d) Eğer bir fırsatım bulursam kendimi öldürürüm.
- 10— (a) Herkezdən daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

- 11--- (a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
- 12--- (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilginin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13--- (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
(b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
(c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14--- (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşünde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15--- (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
(c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiç çalışmıyorum.
- 16--- (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17--- (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
(d) Artık hiçbirşey yapamıyacak kadar yoruluyorum.
- 18--- (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
- 19--- (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
- 20--- (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka bir şey düşünemiyorum.
- 21--- (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

EK – 3: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÇDÖ)

EK 1

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDD)

Adı Soyadı _____ Tarih _____
Cinsiyeti _____ Okul _____
Doğum Tarihi _____ Sınıf _____

Sevgili öğrenciler,

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

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

- 8) 1. 2. 3.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- D) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- I) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkar.
2- Herşey sık sık beni sıkar.
3- Herşey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- Ü) 1- Okul başarımlı iyi.
2- Okul başarımlı eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ö) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyi olurum.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK – 4: ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)

EBEVEYN FORMU

Aile

E.D.T.F.
ÇOCUK PSİKIYATRİSİ/
ANA BİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ) ANNE-BABA FORMU

SCARED(Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)

Çocuğun ad ve soyadı:

Yaş:

Tarih:

Dosya no:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve çocuğunuz için doğru olana seçeneğe ("doğru değil ya da nadiren doğru", ya da "bazen ya da kısmen doğru" ya da "çok doğru ya da çoğu kez doğru" olduğuna) karar verin. Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak size en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler çocuğunuzu ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil veya nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Çocuğum korktuğunda nefes almakta zorlanır.	☐	☐	☐
2. Çocuğumun okulda başı ağrır.	☐	☐	☐
3. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.	☐	☐	☐
4. Çocuğum ev dışında bir yerde uyuduğunda korkar.	☐	☐	☐
5. Çocuğum diğer insanların kendisini sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyar.	☐	☐	☐
6. Çocuğum korktuğunda bayılacak gibi hisseder.	☐	☐	☐
7. Çocuğum gergindir (huzursuzdur).	☐	☐	☐
8. Çocuğum nereye gitsen (sanki gölgem gibi) beni izler.	☐	☐	☐
9. İnsanlar çocuğuma gergin (huzursuz) göründüğünü söyler.	☐	☐	☐
10. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken kendini gergin (huzursuz) hisseder.	☐	☐	☐
11. Çocuğumun okulda karnı ağrır.	☐	☐	☐
12. Çocuğum korktuğunda delirecekmış gibi hisseder.	☐	☐	☐
13. Çocuğum yalnız uymaktan korkar.	☐	☐	☐
14. Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığı konusunda endişelenir (kaygılanır).	☐	☐	☐
15. Çocuğum korktuğunda çevresindekileri gerçek değilmiş gibi hisseder.	☐	☐	☐
16. Çocuğum anne ve babasına kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.	☐	☐	☐
17. Çocuğum okula gitmek konusunda endişelenir (kaygılanır).	☐	☐	☐
18. Çocuğum korktuğunda kalbi hızlı çarpar.	☐	☐	☐
19. Çocuğumda titremeler olur.	☐	☐	☐
20. Çocuğum kendisine kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.	☐	☐	☐
21. Çocuğum işlerin kendisi için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyar.	☐	☐	☐
22. Çocuğum korktuğunda çok terler.	☐	☐	☐
23. Çocuğum endişeli (kaygılı) biridir.	☐	☐	☐
24. Çocuğumun hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkuları olur.	☐	☐	☐
25. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.	☐	☐	☐
26. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla konuşmakta zorlanır.	☐	☐	☐

27. Çocuğum korktuğu zaman boğulacakmış gibi hisseder.	☐	☐	☐
28. İnsanlar çocuğuma çok fazla endişelendiğini (kaygılandığını) söyler.	☐	☐	☐
29. Çocuğum ailesinden uzak olmaktan hoşlanmaz.	☐	☐	☐
30. Çocuğum sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğinden korkar.	☐	☐	☐
31. Çocuğum anne ve babasının başına kötü bir şeyler gelmesinden korkar.	☐	☐	☐
32. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olur.	☐	☐	☐
33. Çocuğum gelecekte neler olacağı konusunda endişelenir (kaygılanır).	☐	☐	☐
34. Çocuğum korktuğunda kusacakmış gibi hisseder.	☐	☐	☐
35. Çocuğum işleri ne kadar iyi yaptığı konusunda endişelenir (kaygılanır).	☐	☐	☐
36. Çocuğum okula gitmekten korkar.	☐	☐	☐
37. Çocuğum olmuş birmiş şeyler için endişelenir (kaygılanır).	☐	☐	☐
38. Çocuğum korktuğunda başı döner.	☐	☐	☐
39. Çocuğum diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar kendini izlerken bir şeyler yapması gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olur.	☐	☐	☐
40. Çocuğum bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığı insanların olacağı herhangi bir yere gideceği zaman gergin (huzursuz) olur.	☐	☐	☐
41. Çocuğum çekingen (utangaç) biridir.	☐	☐	☐

Düzenleyeb/ revised by: Dr.Razim Somer Diler

ÇOCUK FORMU

E.O.T.F.
ÇOCUK PSIKİYATRİSİ
ANA BİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ) ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyüklük) SCARED(Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)

İsim ve soyad:

Yaş:

Tarih:

Dosya no:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe ("doğru değil ya da nadiren doğru", ya da "bazen ya da kısmen doğru" ya da "çok doğru ya da çoğu kez doğru" olduğuna) karar verin. Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler seni ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.	☐	☐	☐
2. Okulda başım ağrır.	☐	☐	☐
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐
4. Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım.	☐	☐	☐
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.	☐	☐	☐
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.	☐	☐	☐
7. Gerginim (huzursuzum).	☐	☐	☐
8. Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim.	☐	☐	☐
9. İnsanlar gergin (huzursuz) gördüğümü söyler.	☐	☐	☐
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.	☐	☐	☐
11. Okulda iken karnımı ağrır.	☐	☐	☐
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.	☐	☐	☐
13. Yalnız uyumaktan korkarım.	☐	☐	☐
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığımı beni endişelendirir (kaygılandırır).	☐	☐	☐
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.	☐	☐	☐
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.	☐	☐	☐
17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.	☐	☐	☐
19. Titremelerim olur.	☐	☐	☐
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	☐	☐	☐
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.	☐	☐	☐
22. Korktuğumda çok terlerim.	☐	☐	☐
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.	☐	☐	☐
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.	☐	☐	☐
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.	☐	☐	☐
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.	☐	☐	☐

27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.	☐	☐	☐
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğini (kaygılandığını) söyler.	☐	☐	☐
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.	☐	☐	☐
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.	☐	☐	☐
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.	☐	☐	☐
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.	☐	☐	☐
35. İşleri ne kadar iyi yaptığımı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
36. Okula gitmekten korkarım.	☐	☐	☐
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
38. Korktuğumda başım döner.	☐	☐	☐
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.	☐	☐	☐
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.	☐	☐	☐
41. Çekingen (utangaç) biriyim.	☐	☐	☐

Düzenleyeb/ revised by: Dr.Rasim Somer Diler

EK – 5: WECHSLER ÇOCUKLAR İÇİN ZEKÂ ÖLÇEĞİ – REVİZE EDİLMİŞ VERSİYONU (WÇZÖ – R)

E.Ü.T.F.
ÇOCUK PSİKIYATRİSİ
FEN BİLİM DALI

WÇZÖ-R

WECHSLER ÇOCUKLAR
İÇİN ZEKÂ ÖLÇEĞİ
KAYIT FORMU

İSİM..... YAŞ..... CİNSİYET.....
ADRES.....
BABASININ ADI..... ANNESİNİN ADI.....
OKUL..... SINIF.....
TESTİN UYGULANDIĞI YER..... TESTİ UYGULAYAN.....
İSTEKTE BULUNAN.....

Profil çizmek isteyen klinisyenler önce çocuğun ölçek puanlarını aşağıdaki kutuların içine aktarmalıdır. Daha sonra her ölçeğin puanlarına karşılık gelen noktaya X işaretli koymalıdır ve X'leri birleştiren bir çizgi çizmelidir.

SÖZEL TESTLER							PERFORMANS TESTLERİ						
Ölçek Puanı	Genel Bilgi	Benzerlikler	Armetik	Yargılama	Sözcük Dağı	Sayı Dizisi	Ölçek Puanı	Resim Tamamlama	Resim Düzenleme	Küplerle Desen	Parça Birleştirme	Şifre	Labirentler
19							19						19
18							18						18
17							17						17
16							16						16
15							15						15
14							14						14
13							13						13
12							12						12
11							11						11
10							10						10
9							9						9
8							8						8
7							7						7
6							6						6
5							5						5
4							4						4
3							3						3
2							2						2
1							1						1

NOTLAR

	Yıl	Ay	Gün
Test Tarihi			
Doğum Tarihi			
Yaş			

SÖZEL TESTLER	Ham Puan	Standart Puan
Genel Bilgi		
Benzerlikler		
Armetik		
Yargılama		
Sözcük Dağı		
(Sayı Dizisi)		
Sözel Puan		
PERFORMANS TESTLERİ		
Resim Tamamlama		
Resim Düzenleme		
Küplerle Desen		
Parça Birleştirme		
Şifre		
(Labirentler)		
Performans Puanı		
Standart Puan		ZB
Sözel Puan		*
Performans Puanı		*
Tüm Puan		*
*Gerekliyse ayarlanmış olabilir		

Bu testi sadece Türk Psikologlar Derneği'nin yetki verdiği kişiler uygulayabilir ve yorumlayabilir. Test malzemesi hiçbir şekilde çoğaltılamaz, uygulama ehliyeti bulunmayan kişilere verilemez.

Bu testin Türkiye'deki telif hakları The Psychological Corporation'ın izniyle Türk Psikologlar Derneği'ne aittir.

Translated and adapted by permission for research purposes.
Copyright 1979 by The Psychological Corporation, New York, N.Y. All rights reserved.

PSİKOMETRİK DEĞERLENDİRME

ÇOCUĞUN ADI SOYADI:..... YAŞI:.....

Testin adı: 1) CAT 2)TAT 3)loisa duss 4) Resim çizme

	Yok	Var	Belirlenemedi
Kadın modeli algısında bozulma			
Erkek modeli algısında bozulma			
Korku ve tehdit algısı			
Suçluluk ve pişmanlık algısı			
Terk edilme-yalnızlık algısı			
Depresyon-anksiyete temaları			
Olumsuz benlik algısı			
Sevgi ve güven ihtiyacı			
Üzüntü ve mutsuzluk temaları			
Başaçıkma becerilerinde bozulma			
Saldırganlık, öfke, agresyon			
Gerçeklik algısının bozulması			
Kopuk, uçuşan düşünceler			
Diğer tekrarlayan tema(yazınız).....			
Diğer tekrarlayan tema(yazınız).....			

This image shows a full page of a document template. It features a series of evenly spaced, horizontal grey lines that run across the width of the page, providing a guide for writing. The background is a solid light blue color. There are no margins, text, or other markings present on the page.

11

EK – 7: ETİK KURUL ONAYI

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 24/09/2020-E.244163

/655



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 99166796-050.06.04
Konu : Onay Kararı 20-9.1T/10

Prof. Dr. H. Serpil ERERMIŞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "**Cinsel İstismara Uğramış Gençlerin Sosyodemografik, Gelişimsel, Ruhsal ve Psikososyal Farklılıklarının Nedensellik Açısından Değerlendirilmesi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz onay kararı ekte sunulmaktadır.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek **kurum iznini gösterir belgenin (daha önce sunulmamış ise)** alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Varsa **Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun** imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "**yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir**" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Güzide AKSU
Kurul Başkanı

Ek: İlgili Etik Kurul Kararı (1 Adet aslı gibidir
örneği elden gönderilecektir)

Ege Üniversitesi Rektörlüğü Gençlik Cad. No:12 35040 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 311 21 10 Faks No: +90 (232) 339 90 90
E-Posta: İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Halide TATAR
Unvan: Şef

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Microsoft Teams Programı ile Teletoplantı gerçekleştirilmiştir.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cinsel İstismara Uğramış Gençlerin Sosyodemografik, Gelişimsel, Ruhsal ve Psikososyal Farklılıklarının Nedensellik Açısından Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. H. Serpil ERERMİŞ
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Dr. Akın TAHİLLİOĞLU, Doç. Dr. Sezen KÖSE, Uzm. Dr. Birsen ŞENTÜRK PİLAN, Prof. Dr. Tezan BİLDİK
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	-
	BİLGİLENDİRME FORMU	-
	VERİ İZLEME FORMU/ ANKET	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
	DİĞER	☐
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 20-9.1T/10	Tarih: 17.09.2020
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Güzide AKSU

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Güzide AKSU Başkan	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLİNE KATILDI
Doç. Dr. Tolga AKŞİT (Başkan Yardımcısı)	Antrenörlük Eğitimi - Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLİNE KATILDI
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU Üye	Klinik Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya A.D. Klinik Biyokimya B.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLİNE KATILDI
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLİNE KATILDI
Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU Üye	Halk Sağlığı AD	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLİNE KATILDI

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Güzide AKSU	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi			Sayfa 1/2
--	------	----------------------------------	--	--	--------------



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cinsel İstismara Uğramış Gençlerin Sosyodemografik, Gelişimsel, Ruhsal ve Psikososyal Farklılıklarının Nedensellik Açısından Değerlendirilmesi
-----------------------	--

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu: 20-9.1T/10				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN Üye	Çocuk Ruh Sağlığı	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Çağdaş EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. H. Oya TÜRKOĞLU Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Meltem SEZİŞ DEMİRCİ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILMADI
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Ahmet ÖZGÜRYENİEL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D. Çocuk	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILDI
Dr. Öğr. Üyesi Aysun EKİOĞLU Üye	Ebelik AD.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILDI

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Güzide AKSU	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
---	------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

EK – 8: ETİK KURUL BİLGİLENDİRME ONAYI

Ege Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 19.02.2021-E.43858



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-99166796-050.06.04-43858 167
Konu :Bilgilendirme Onayı 21-2T/66(20-
9.1T/10)

Doç. Dr. Sezen KÖSE
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Kurulumuzdan 17.09.2020 tarih ve 20-9.1T/10 numaralı karar ile onayı alınan "**Cinsel İstismara Uğramış Gençlerin Sosyodemografik, Gelişimsel, Ruhsal ve Psikososyal Farklılıklarının Nedensellik Açısından Değerlendirilmesi**" konulu araştırmanızın bilgilendirmelerine ilişkin Kurul kararı ekte sunulmaktadır.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve varsa destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Güzide AKSU
Kurul Başkanı

Ek:İlgili Etik Kurul Kararı (1 adet)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BENU7U6MR

Belge Takip Adresi : https://ebys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx

Adres:Ege Üniversitesi Rektörlüğü Gençlik Cad. No:12 35040 Bornova/İzmir

Telefon:+90 (232) 311 21 10 Faks:+90 (232) 339 90 90

Web:www.ege.edu.tr

Kep Adresi:egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: Halide TATAR

Unvanı: Şef



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Microsoft Teams Programı ile Teletoplantı gerçekleştirilmiştir.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cinsel İstismara Uğramış Gençlerin Sosyodemografik, Gelişimsel, Ruhsal ve Psikososyal Farklılıklarının Nedensellik Açısından Değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Sezen KÖSE
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Dr. Akın TAHİLLİOĞLU, Uzm. Dr. Birsan ŞENTÜRK PİLAN, Prof. Dr. Tezan BİLDİK, Prof. Dr. H. Serpil ERERMİŞ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	

DEĞERLENDİRİ LEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	-
	BİLGİLENDİRME FORMU	-
	VERİ İZLEME FORMU/ ANKET	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
	DİĞER	☐
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 21-2T/66	Tarih: 04.02.2021
	Kurulumuzdan 17.09.2020 tarih ve 20-9.1T/10 numaralı karar ile onayı alınan araştırmanın Sorumlu araştırmacıya, Yardımcı araştırmacıya ve araştırma sırasında kullanılan diğer dokümanlara ilişkin değişiklikler ile ilgili bilgilendirme formunun etik açıdan uygun bulunduğuna toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	
EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
ÇALIŞMA ESASI	Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Güzide AKSU	

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılı m (**)	İmza
Prof. Dr. Güzide AKSU Başkan	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Tolga AKŞİT (Başkan Yardımcısı)	Antrenörlük Eğitimi - Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Dr. Öğr. Üyesi Aysun EKŞİOĞLU Üye (Raportör)	Ebelik AD.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU Üye	Halk Sağlığı AD	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Güzide AKSU	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Sayfa 1/2
--	------	----------------------------------	--------------



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Cinsel İstismara Uğramış Gençlerin Sosyodemografik, Gelişimsel, Ruhsal ve Psikososyal Farklılıklarının Nedensellik Açısından Değerlendirilmesi
-----------------------	--

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu: 21-2T/66				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılı m (**)	İmza
Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN Üye	Çocuk Ruh Sağlığı	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU Üye	Klinik Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya A.D. Klinik Biyokimya B.D.		☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Çağdaş EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. H. Oya TÜRKÖĞLU Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Meltem SEZİŞ DEMİRCİ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Ahmet ÖZGÜRYENİEL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D. Çocuk	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ETİK Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Güzide AKSU	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 2/2
--	------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------

EK – 9: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

6 – 9 YAŞ ARASI OLGULAR İÇİN

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (6-9 yaş arası olgular için)
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFİK, GELİŞİMSEL, RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
Bu çalışmanın amacı ne? Geçmişte cinsel istismara uğramış olan çocuk ve gençlerde yaş, cinsiyet, gelişim dönemiyle ilgili ve ruhsal özelliklerin istismarla ilişkisi çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Sana hiçbir test ya da uygulama yapılmayacak. Daha önceden bu hastaneye yaşamış olduğun olaydan dolayı doktorlarla görüşmeye gelmiştin ve bazı testler uygulanmıştı. Biz ise sadece seni görüp muayene eden doktorların gözlemlerini yazdıkları dosyaları incelemek istiyoruz.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Bu araştırma herhangi bir tedaviyi incelemeye yönelik bir araştırma değildir. Kesinlikle varsa şu an için almış olduğun tedaviden farklı bir tedavi için herhangi bir araştırma grubunda olmayacaksın.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Herhangi bir işlem yapılmayacağı için bu çalışma senin hiç zamanını almayacak
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Araştırmada yer alacak olguların sayısı 400 'dür.
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Sana kan tahlili, idrar tahlili gibi herhangi bir işlem yapılmayacak, vücudundan saç teli gibi herhangi bir örnek alınmayacak.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Senden beklenen dosyadaki bilgilerini kullanacağımız bu araştırma için okuduğun bu metini anlayan ve imzalamandır

Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Bu araştırmaya katılmak tamamen senin isteğine bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmek öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Bu araştırmada sadece daha önce doldurulmuş ölçekler kullanılacak olup herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından olası bir risk söz konusu değildir.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Bu araştırmada yer almak tamamen senin isteğine bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımın garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmen ya da araştırıcı tarafından çıkarılman durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Sana uygulanabilecek herhangi alternatif bir yöntem bulunmamaktadır.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1- Adı, soyadı: Akın TAHİLLİOĞLU 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri:
Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir

gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

9 YAŞ VE ÜZERİ OLGULAR İÇİN

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (9 yaş ve üzeri olgular için)
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFİK, GELİŞİMSEL, RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
Bu çalışmanın amacı ne? Cinsel istismar kavramı ‘henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuk ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit veya kandırma yolu ile kullanılması’ olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismar öyküsü olan çocuk ve gençlerde yaş, cinsiyet, gelişim dönemiyle ilgili ve ruhsal özelliklerin istismarla ilişkisi çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Sana hiçbir test ya da uygulama yapılmayacak. Daha önceden bu hastaneye yaşamış olduğun olaydan dolayı doktorlarla görüşmeye gelmiştin ve bazı testler uygulanmıştı. Biz ise sadece seni görüp muayene eden doktorların gözlemlerini yazdıkları dosyaları incelemek istiyoruz.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Bu araştırma herhangi bir tedaviyi incelemeye yönelik bir araştırma değildir. Kesinlikle varsa şu an için almış olduğun tedaviden farklı bir tedavi için herhangi bir araştırma grubunda olmayacaksın.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Herhangi bir işlem yapılmayacağı için bu çalışma senin hiç zamanını almayacak
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Araştırmada yer alacak olguların sayısı 400 ‘dür.
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Vücudundan kan/idrar/saç teli gibi bir örnek alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Senden beklenen dosyadaki bilgilerini kullanacağımız bu araştırma için okuduğun bu metini anlamak ve imzalamaktır

Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak?
Bu araştırmaya katılmak tamamen senin isteğine bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmek öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?
Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?
Bu araştırmada sadece daha önce doldurulmuş ölçekler kullanılacak olup herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından olası bir risk söz konusu değildir.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur?
Bu araştırmada yer almak tamamen senin isteğine bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımın garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmen ya da araştırmacı tarafından çıkarılman durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?
Sana uygulanabilecek herhangi alternatif bir yöntem bulunmamaktadır.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 4- Adı, soyadı: Akın TAHİLLİOĞLU 5- Ulaşılabilir telefon numarası: 6- Görev yeri:
Çalışmaya Katılma Onayı:
Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir

gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

EBEVEYNLER İÇİN

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (ebeveynler için)
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? CİNSEL İSTİSMARA UĞRAMIŞ GENÇLERİN SOSYODEMOGRAFIK, GELİŞİMSEL, RUHSAL VE PSİKOSOSYAL FARKLILIKLARININ NEDENSELLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ
Bu çalışmanın amacı ne? Cinsel istismar kavramı ‘henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuk ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit veya kandırma yolu ile kullanılması’ olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismar öyküsü olan çocuk ve gençlerde yaş, cinsiyet, gelişim dönemiyle ilgili ve ruhsal özelliklerin istismarla ilişkisi çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.
Size nasıl bir uygulama yapılacaktır? Çocuğunuza hiçbir test ya da uygulama yapılmayacaktır. Daha önceden bu hastaneye Çocuğunuzun yaşamış olduğu olaydan dolayı doktorlarla görüşmeye gelmişti ve bazı testler uygulanmıştı. Biz ise sadece çocuğunuz ve sizle görüşmeler yapan doktorların gözlemlerini yazdıkları dosyaları incelemek istiyoruz.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Bu araştırma herhangi bir tedaviyi incelemeye yönelik bir araştırma değildir. Kesinlikle varsa çocuğunuzun şu an için almış olduğu tedaviden farklı bir tedavi için herhangi bir araştırma grubunda olmayacaksınız.
Ne kadar zamanınızı alacaktır? Herhangi bir işlem yapılmayacağı için bu çalışma sizin ve çocuğunuzun hiç zamanını almayacaktır.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Araştırmada yer alacak olguların sayısı 400 ‘dür.
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacaktır? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Çocuğunuzdan herhangi bir biyolojik materyal (yani kan, idrar gibi) alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?

Sizden beklenen dosyadaki bilgilerini kullanacağımız bu araştırma için okuduğunuz bu metni anlamanız ve imzalamanızdır.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin ve çocuğunuzun isteğine bağlı olup gönüllülük ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olduğundan doğrudan yarar görmeyiz öngörülmemektedir. Ancak bu çalışmadan çıkan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Herhangi bir nedenle ayrılmak istediğinizde araştırma dışı kalabilirsiniz.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Bu araştırmada sadece çocuğunuza daha önce doldurulmuş ölçekler kullanılacak olup herhangi bir girişim ya da tıbbi bir işlem yapılmayacağından olası bir risk söz konusu değildir.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Bu araştırmada yer almak tamamen sizin ve çocuğunuzun isteğine bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımın garanti altına alınacaktır. Araştırmamızın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmen ya da araştırmacı tarafından çıkarılman durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Çocuğunuza uygulanabilecek herhangi alternatif bir yöntem bulunmamaktadır.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1- Adı, soyadı: Akın TAHİLLİOĞLU 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 3- Görev yeri:
Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım

bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		