

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ
KLİNİĞİNE BAŞVURAN VE CİNSEL İSTİSMAR
ÖYKÜSÜ BULUNAN KADIN HASTALARIN MMPI
PROFİLLERİ İLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ataman Sivaslı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Levent Atik

ZONGULDAK
2020

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ
KLİNİĞİNE BAŞVURAN VE CİNSEL İSTİSMAR
ÖYKÜSÜ BULUNAN KADIN HASTALARIN MMPI
PROFİLLERİ İLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ataman Sivaslı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Levent Atik

ZONGULDAK
2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık hayatımda karşılaştığım en iyi kalpli, en çok sevdiğim ve en baba insan olan sevgili tez hocam, rol modelim Prof. Dr. Levent ATİK'e,

Uzmanlık dönemim boyunca eğitimimde ve gelişmemde büyük katkıları olan sevgili bölüm hocalarım Prof. Dr. Nuray ATASOY'a, Doç. Dr. Özge SARAÇLI'ya, Dr. Öğretim Görevlisi Vildan ÇAKIR KARDEŞ'e,

Varlıklarıyla günlerimin güzel geçmesini sağlayan sevgili asistan arkadaşlarım Veysel, Elif, Sibel, Mustafa, Merve ve diğer arkadaşlarıma; mesai/ekip/emek arkadaşlarım sevgili Psikolog Samet Beye, Hemşire Çiğdem, Kader, Mehtap, Merve, Nuray, Pelin, Sibel, Şirin, Tuğba Hanımlara, Sağlık Memuru İbrahim Beye, sekreter Meltem Hanıma, Personel Haldun, Metin, Naci, Serdal, Şaban, Yalçın Beylere, Ayfer Hanıma,

Asistanlık hayatıma ilk adım attığım yer olan İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda tanıştığım ve emeklerini her zaman hatırlayacağım; sevgili hocalarım Prof. Dr. Erdem ÖZKARA'ya, Prof. Dr. Mehmet Hakan ÖZDEMİR'e, sevgili asistan arkadaşlarım Burçin, Gökçe, ömürlük dost Devrim ve bölümün tüm çalışanlarına; rotasyon eğitimimde katkılarını esirgemeyen Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan sevgili hocam Prof. Dr. Tezan BİLDİK'e ve tüm ekibine,

İstatistiksel analizleri yaparak tezimin oluşumuna büyük katkı sağlayan sevgili Dr. Öğretim Üyesi Fürüzan KÖKTÜRK'e,

Tezimin fikir aşamasından bitimine kadar emeğini ve kendisini hep yanımda bulduğum koca yürekli sevgili arkadaşım Psikolog Hicran DEMİRHAN'a,

Sadece asistanlık dönemlerimde değil her zaman yanımda olan sevgili annem Raziye SİVASLI'ya, abim Emre SİVASLI'ya, ablam, eniştem ve yeğenim Elçin-Hüseyin-Çağan ÖZMANAV'a, teyzem, eniştem ve yeğenlerim Ebru-Galip-İrem-Bora KELEŞ'e, tüm yakınlarıma ve dostlarıma,

Girdiğim her yolda bana arkadaşlık yapan, dayanılacak omuz dinlenilecek liman olan, her türlü zor zamanlarımda bıkmadan sabır gösteren, en büyük destekçim sevgili eşim Fusun Demet SİVASLI'ya; yaşama sevincim, varlık sebebim, balım, sevgili ay yüzlü oğlum Taylan Özgür SİVASLI'ya; yokluklarıyla kalbimde iki yara bırakan, iki yanım, bir yarım sevgili arkadaşım, dostum, kardeşim Tamer KAZAN'a ve bir yarım sevgili canım babam İlhami SİVASLI'ya

Sonsuz kucak dolusu teşekkürlerimle...

Haziran 2020

Dr. Ataman SİVASLI

ÖZET

Ataman Sivash, Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğine başvuran ve cinsel istismar öyküsü bulunan kadın hastaların MMPI profilleri ile başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Zonguldak, 2020

Amaç: Bu çalışmada; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine başvuran ve cinsel istismar öyküsü bulunan kadın hastaların MMPI profilleri ile başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Psikiyatri kliniğine başvuran ve cinsel istismar öyküsü bulunan 50 kadın hasta ile bulunmayan 50 kadın hasta ile görüşülmüştür. Katılımcıların doldurduğu demografik veri formu, MMPI testi ile COPE ölçeği değerlendirilmiştir.

Bulgular: Cinsel istimara maruz kalan kadınların sosyoekonomik olarak daha düşük seviyede oldukları; alkol, madde ve sigara kullanımının daha sık olduğu; işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri; depresif, anksiyöz ve sosyal olarak içe dönük kişilik özellikleri taşıdıkları saptanmıştır. Ayrıca ilişki yoluyla ve tanıdık tarafından istismar edilen ve cinsel kötüye kullanımdan dolayı kendisini suçlayan katılımcıların yaşadıkları istismar olayı ile psikiyatriye başvurusu arasındaki ilişkinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde; psikiyatri kliniğine her türlü şikayetle başvuran kadın hastada istismar öyküsünün sorgulanması gerektiği düşünülmüştür. Ayrıca istismar öyküsü bulunan kadın hastaların anamnezleri alınırken istismarın özelliklerinin, yaşadıkları olaydan dolayı suçluluk hissedip hissetmediklerinin, kişilik özelliklerinin ve başa çıkma yöntemlerinin ayrıntılanmasının klinisyenin bu hastalara yaklaşımında faydası olacağı kanaatine varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Başa çıkma tutumları, cinsel istismar, kadın, kişilik, MMPI.*

ABSTRACT

Ataman Sivash, Evaluation of coping attitudes with MMPI profiles of female patients with a history of sexual abuse who applied to a university hospital psychiatric clinic. Zonguldak Bulent Ecevit University Faculty of Medicine, Thesis of Mental Health and Diseases. Zonguldak, 2020.

Objective: In this study; it was aimed to evaluate with MMPI profiles and coping attitudes female patients who applied to the Mental Health and Diseases clinic and had a history of sexual abuse

Materials and Methods: 50 female patients who applied to the Psychiatry clinic and had a history of sexual abuse, and 50 female patients who were not, were interviewed. The demographic data form, COPE scale and MMPI test filled by the participants were evaluated

Results: Women exposed to sexual abuse are at a lower socioeconomic level; alcohol, substance and smoking are more frequent; they prefer dysfunctional coping methods; depressive, anxious and socially introverted personality traits have been found to carry. Also the participants who blame herself for sexual abused and who abused by penetration and acquaintance it was determined that the relationship between the abuse incident and their recourse to psychiatry was higher.

Conclusion: When all the findings are evaluated together; It was thought that the history of abuse should be questioned in the female patient who applied to the psychiatry clinic with all kinds of symptoms. In addition, it was concluded that the details of the features of abuse, whether they feel guilty due to the incident, whether their personality traits and coping methods would be beneficial for the clinician in the approach of these patients while taking their anamnesis.

Key words: *Coping attitudes, sexual abuse, women, personality, MMPI.*

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	Sayfa
Teşekkür	ii
Özet	iii
Abstract	iv
İçindekiler	v
Simgeler Ve Kısaltmalar Dizini	vi
Tablolar Dizini	vii
Şekiller Dizini	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Cinsel İstismar	2
2.1.1. Cinsel İstismarın Tanımı	2
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Risk Etkenleri	7
2.1.4. Psikolojik Sonuçları	9
2.1.5. Başa çıkma	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Örneklem	16
3.2. Yöntem	18
3.3. Veri Toplama Araçları	18
3.3.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	19
3.3.2. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)	19
3.3.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	20
3.4. İstatistiksel Analiz	21
4. BULGULAR	22
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	22
4.2. Katılımcıların maruz kaldığı cinsel istismarın özellikleri	25
4.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçekler	26
4.4. Demografik veriler ile MMPI ölçeğinin karşılaştırılması	33
4.5. İstismar olayından geçen süre ile COPE alt ölçekleri	39
4.6. COPE ve MMPI ölçeklerinin birbiriyle karşılaştırılması	41
5. TARTIŞMA	45
5.1. Demografik veri bulgularının değerlendirilmesi	45
5.2. Cinsel istismar özelliklerinin bulgularının değerlendirilmesi	48
5.3. Cinsel istismar ile psikiyatriye başvuru ilişkisinin değerlendirilmesi	50
5.4. COPE ölçeği bulgularının değerlendirilmesi	51
5.5. MMPI testi bulgularının değerlendirilmesi	52
5.6. Çalışmanın kısıtlılıkları	55
6. SONUÇLAR	56
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	71
8.1. EK-1: Araştırma Etik Kurul Belgesi	71
8.2. EK-2: Sosyo-Demografik Veri Formu	72
8.3. EK-3: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	74
8.4. EK-4: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri	77

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge/Kısaltma	Açıklamalar
Cİ	Cinsel İstismar
COPE	Coping Orientation to Problems Experienced (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği)
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
UNİCEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
L	Lie (Yalan)
F	Frequency (Sıklık)
K	Correction (Düzeltilme)
D	Depression (Depresyon)
Hs	Hypochondriasis (Hipokandriyazis)
Hy	Hysteria (Histeri)
Pd	Psychopathic deviance (Psikopatik sapma)
Mf	Masculinity-femininity (Erkeklik-Kadınlık)
Pa	Paranoia (Paranoya)
Pt	Psychasthenia (Psikasteni)
Sc	Schizophrenia (Şizofreni)
Ma	Hypomania (Hipomani)
Si	Social introversion (Sosyal içedönüklük)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablonun numarası	Tablonun Başlığı	Sayfa No
1	Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	23
2	Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı veriler	24
3	Katılımcıların maruz kaldığı cinsel istismarın özellikleri	26
4	Katılımcıların COPE ölçeği puanları	28
5	Katılımcıların MMPI testi puanları	31
6	Cİ öyküsü olan grupta demografik verilerle MMPI testinin karşılaştırılması	35
7	Cİ öyküsü olmayan grupta demografik verilerle MMPI testinin karşılaştırılması	38
8	Cİ öyküsü olan grupta COPE ve MMPI ölçekleri arasındaki ilişkiler	42
9	Cİ öyküsü olmayan grupta COPE ve MMPI ölçekleri arasındaki ilişkiler	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil numarası	Şeklin başlığı	Sayfa no
1	Cİ öyküsü bulunan ve bulunmayan kadın hastaların MMPI alt ölçeklerinin ortalama T puanları	32
2	Katılımcıların istismara uğramaları ile çalışmamıza katıldıkları zamana kadar geçen süreye göre COPE alt ölçek puanları	40

1. GİRİŞ

Cinsel istismar (Cİ); toplum için en ciddi halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilir ve çeşitli kültürler, coğrafi bölgeler ve sosyal sınıflar arasında görülebilmektedir (1). Her cinste ve her yaşta insanlar cinsel istismara maruz kalırken kadın cinsiyet ve çocuk yaş grubunun daha fazla risk altında olduğu bilinmektedir. Türkiye’de erişkinlerde yapılan geriye dönük bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarı oranı % 2,5 olarak belirlenmiştir (2).

Erken ve geç dönemde ciddi fiziksel ve ruhsal problemlere yol açabilmesi, kişinin sosyal yaşamını ve işlevselliğini olumsuz etkilemesi gibi önemli etkileri olabilmektedir. Cinsel istismarın; psikiyatrik bozuklukların prevalansında artış, intihar girişimi, riskli davranışlar ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde düşme gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (3). Ayrıca çocuklukta Cİ’ye maruz kalmış bireyler; düşük benlik saygısı, travma sonrası belirtiler, kaçınma davranışı, bilişsel çarpıtmalar ve kişilerarası zorluklar açısından da risk altındadır (1). İstismara uğrayan bireylerin travmayla başa çıkma tutumları gelişebilecek bu olumsuz sonuçlar için belirleyici olabilmektedir. MMPI; şuanda en yaygın kullanılan ve araştırılan nesnel kişilik envanteridir (4). Psikiyatri pratiğinde bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu objektif olarak değerlendirmeyi amaçlayan bu testinin 3 geçerlik ve 10 klinik alt ölçeği vardır. Testin değerlendirilip yorumlanması hastalıkları belirlemede yordayıcı olarak kullanılmaktadır.

Çalışmamızda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine başvuran öyküsünde cinsel istismar bulunan ve bulunmayan kadın hastaların, MMPI profilleri ile travmayla başa çıkma tutumlarının karşılaştırılıp değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmış ve kalmamış kadın hastaların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması ve her iki grup arasında psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilaç kullanımı açısından farklılık olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cinsel İstismar

2.1.1. Cinsel istismarın tanımı

Cinsel istismar oldukça sık rastlanılan, toplumda her kesimden, yaştan, cinsiyetten, cinsel yönelimden, meslekten, sosyal tabakadan ve yaşam tarzından kişilerin özellikle de kadınların; çocukluk çağında, ergenlikte veya erişkinlikte başına gelebilen ve kişi için ileriki yıllarda ruhsal olarak yıkıcı sonuçlar doğurabilen ciddi bir sorundur. Bütün dünyada giderek artan vaka sayıları nedeniyle yaygın bir halk sağlığı problemi olmaya da devam etmektedir.

Cinsel saldırı veya istismar tanımı daha çok gerçekleştiği ülkedeki toplumların ahlaki değer yargılarına ve yasal yaptırımlarına bağlı olarak farklı şekillerde yapılabilmektedir. Genel anlamda cinsel istismar; bir yetişkin, ergen veya çocuğun tehdit veya güç kullanılarak rızası olmadığı halde veya rıza belirtecek durumda değilken (alkol veya uyuşturucu madde etkisi altındayken ya da kendisini fiziksel veya ruhsal olarak savunamayacak iken) her türlü cinsel içerik taşıyabilecek davranışlara maruz bırakılmasıdır (5,6).

Kişinin kendi isteği ve rızası dışında başkalarının erotik arzularına veya cinsel doyum elde etme amaçlarına yönelik gerçekleştirdiği cinsel eylem ve davranışlara maruz bırakılma, kötüye kullanılma, her türlü cinsel temas içeren istek ve eğilimlere hedef olma durumu cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinsel şiddeti “mağdurla olan ilişkisinden bağımsız olarak herhangi bir kişi tarafından, herhangi bir ortamda, baskı tehdit veya

fiziksel güç kullanarak, kadınların cinselliğine yönelik yapılan herhangi bir cinsel eylem, cinsel eylem elde etme girişimi, istenmeyen cinsel yorumlar veya asılma” olarak tarif etmiştir (7).

Son zamanlarda cinsel içerikli bütün davranışların istismar kavramı tanımına alınması gerektiği görüşü ön plandadır. Bu kavram “cinsel sömürü”, “cinsel saldırı”, “taciz”, “cinsel şiddet”, “sarkıntılık”, “kötü muamele” gibi kelimelerle aynı anlamda da kabul edilmekte ve birbirlerinin yerine de kullanılabilmektedir. Genelde en sık kullanılan ve en çok kabul gören cinsel istismar kavramıdır. Bunun içerisine sözel tacizden tecavüze kadar birçok davranış ve eylem girmektedir. Cinsel taciz cinsellik barındıran bütün sözel ya da fiziksel eylemleri kapsar. İstenmeyen dokunma, bakma, ıslık çalma; iletişim araçları aracılığıyla gönderilen cinsel içerikli yazılar, fotoğraflar; istenmeyen cinsel içerikli sıfatlar, ricalar, şakalar; kişinin cinsel yaşamına dair sorular sorma; buluşma veya ilişkide bulunma ısrarı gibi davranışların hepsi cinsel taciz olarak kabul edilebilmektedir. Tecavüz ise vajinal, anal veya oral yollardan vücut organı, cinsel organ veya bir cisim ile zorla gerçekleştirilen cinsel ilişkidir (8).

Literatürde Cİ tanımlaması erişkinlerden daha çok çocuklara yönelik kötü muameleyi tarif etmek için kullanılmakta, çocukluk Cİ’si araştırmalara daha fazla konu olmaktadır (1-3). Çocuğun başa çıkmasının erişkine göre zor olması ve etkilenme düzeylerinin yüksek olmasından dolayı oluşabilecek travmanın uzun süreli ve örseleyici nitelik taşıması psikiyatrik morbidite açısından büyük önem taşımaktadır. Çocukta Cİ; bir çocuğun kendisinden yaşça büyük bir erişkin tarafından rıza gösteremeyeceği her türlü cinsel eyleme maruz bırakılması olarak tarif edilir.

Çocukluk çağı istismarında; teşhircilik, röntgencilik, cinsel organların gösterilmesi, çocuğun giysilerinin çıkarılması, çocuğu izlemek, çocuğun vücuduna cinsel amaçlı dokunmak, cinsel organına çocuğa dokundurtmak, kucağa oturtmak, pornografik görüntüler izletmek, çocuğu fuhuşa zorlamak gibi çeşitli fiiller bulunabilmektedir.

2.1.2. Epidemiyoloji

Cİ; her coğrafyada her toplumda görülen ama görülme sıklığının, ortaya çıkmasını ve kayıt altına alınmasını etkileyen sosyolojik ve insana ait etmenlerden dolayı tam olarak bilinemeyeceği; erişkin psikiyatrik rahatsızlıklarla da ilişkili önemli travma türlerinden biridir. Özellikle sadece gelişmemiş ülkelerde değil bütün ülkelerde bildirilen vaka sayısının halen tüm vakaların çok az bir kısmını oluşturduğu düşünülmektedir. Olaydan dolayı duyulan utanç, suçluluk, tepkilerden korkma, çocuk yaşta olma gibi nedenlerden dolayı gizli kalması istismarın gerçek boyutunu bilmeyi güçleştirmektedir. Ayrıca araştırmalar yaşanan istismarın ortaya çıkmasının ortalama 3-18 yıl gecikmeyle olduğunu belirtmişlerdir (9,10). Tahmin edilen, bildiri yapılan olguların toplam olguların % 15'ini oluşturduğudur (11). Bazı kaynaklarda cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçların % 5'inin adli makamlara ihbar edildiği düşünülmektedir (12). Bu da buz dağının görünmeyen kısmının ne kadar büyük olduğunu göstermektedir.

Her yaşta insanı etkileyen istismar büyük bir oranda kadınlara özellikle de çocuk ve ergen yaş gruplarına yönelik gerçekleşmektedir. DSÖ dünyada bazı bölgelerde her dört kadından birinin partneri tarafından hayatında bir kez tecavüze veya tecavüz girişimine maruz kaldığını, her üç ergenden birinin ise ilk cinsel tecrübelerinin zorlama ile gerçekleştiğini bildirmektedir (7,13). Olguların büyük bir kısmında istismar çocukluk veya ergenlik yaşlarında başlar. DSÖ son 40 yıllık çalışmaların bulgularını değerlendirdiğinde kadınların % 20'sinin erkeklerin % 5-10'unun çocuklukta Cİ'ye uğradığını belirtmiştir (13). Her 3 ile 5 kadından birinin çocukken istismara maruz kaldığı düşünülmektedir (14). Çalışmalarda kızların %12-25'inin, erkeklerin %8-10'unun on sekiz yaşına gelene kadar Cİ ye maruz kaldığı saptanmıştır (1). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF) dünya genelinde kadınların % 20'sinin, erkeklerin ise % 5-10'unun çocukluk Cİ'si yaşadığını açıklamıştır (16). Zonguldak'ta 375 katılımcı ile yapılan bir çalışmada; cinsel şiddete uğrama oranı % 24,7 olarak bulunmuştur (17).

Prevelans hızının % 27-38 arasında olduğunu veya % 6-62 arasında değiştiğini belirten çalışmalar vardır (18). Bazı çalışmalarda da kızlarda % 4-62 erkeklerde % 2-35 olduğuna dair geniş aralıklar belirtilmiştir (18,19). Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar incelendiğinde kızlarda cinsel istismar prevelansının % 10-20, erkeklerde ise % 10'un altında olduğu tespit edilmiştir. Uluslararası ve net bir prevalans oranının olmamasının, oranların birbirinden değişken olmasının nedenleri arasında çalışmaların yöntem farklılıklarının, kültürel ve toplumsal özelliklerin, mağdurların yaş ve cinsiyet özelliklerinin, tanımlamaların, istismarın niteliğinin, süresinin ve birçok değişkenin bulunması yatmaktadır.

Kız çocuklar erkek çocuklara göre 3-10 kat daha fazla risk altındadır (20). Gölge ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada cinsel istismar mağdurlarının % 76,3'ünün kız, % 23,7'sinin erkek olduğunu saptanmıştır (21). Keskinkılıç'ın çalışmasında da kız çocuklarının erkek çocuklara oranla 4 kat daha fazla istismara maruz kaldığı saptanmıştır (22).

2.1.2.1. Dünyada durum

Kayıtlara yansıyan vaka sayısı küçük ölçeklerde olsa da Cİ; tüm dünyada, her toplumda ve her yaşta görülebilmektedir.

DSÖ; 2002 de yapılan çalışmalarda dünya genelinde tahminen 150 milyon kız ve 73 milyon erkek çocuğun 18 yaşına gelmeden zorla cinsel ilişki veya diğer cinsel içerikli davranışlara maruz bırakıldığını bildirmiştir (13). 2016 verilerine göre yetişkin kadınların 1/5'i ve erkeklerin 1/13'ü çocukluk cinsel istismarıyla karşı karşıya kalmıştır (23). Dünyanın çeşitli ülkelerinde çocukluk yaşamında Cİ görülme sıklığı İspanya'da % 22, Almanya'da % 20,1, İngiltere ve İsviçre'de % 20, Norveç'te % 17, İsveç'te % 13'dür (24-26). ABD'de çocuk koruma merkezlerinin 1998 yılına ait bulgularına göre 1000 çocuktan 1,6'sı Cİ'ye maruz kalmıştır. Yine bu ülkede yılda 15-20 bin yeni Cİ vakası olduğu düşünülmektedir (27). Kuzey Amerika'da

yapılan araştırmaların paylaşıldığı bir yayında kadınlarda Cİ prevalansı % 16,8, erkeklerde % 7,9 olarak yayınlanmıştır (28). Avustralya’da 5 yıllık bir çalışmada her yıl ortalama 3500 çocuklukta istismar vakası bildirilmiştir (29). Meksika’da lise öğrencilerine yönelik yapılan bir araştırmada ergen yaş grubunun % 18,7’si Cİ maruziyeti bildirmişlerdir (30). Avrupa’da 16 yaş öncesi kız ocuklarında Cİ sıklığı % 6-36, erkek çocuklarında % 1-15 oranında bulunmuştur (106). Güney Afrika polis teşkilatı raporuna göre 2007-2008 tarihlerinde 16000 ocuk tecavüzü yaşandığı rapor edilmiştir (31).

UNICEF’in yaptığı araştırmalarda ise bazı ülkelerde genç kızların yüzde 50’sinin ilk cinsel tecrübelerinin zorlamayla olduğı bildirilmiştir (16).

2.1.2.2. Türkiye’de durum

Ülkemizdeki cinsel istismar vakalarının toplumsal, kültürel gibi çeşitli nedenlerden ötürü ortaya çıkması ve adli olgu olarak bildirilmemesinden dolayı ne yazık ki güncel bir prevelans bilinmemektedir. TÜİK’in açıkladığı verilerde 2014-2016 arası ocuk istismar sayısında yaklaşık 9500 artma olduğı görölmüştür (32). UNİCEF’in ülkemizde 2010’da yaptığı bir araştırmada; son bir yılda çocuklardaki Cİ’ye uğrama prevelansı % 3, tanık olma ise % 10’dur (33). Türkiye’de 2011-2016 yılları arasında ocuk İzlem Merkez (ÇİM)’lerine başvuran istismar vakası 21.068’dır (32). lke genelinde 2000-2002 yılları arasında Cİ’ye maruz kalma nedeniyle koruma altına alınan 101 ocuk olmuştur (34).

Adalet Bakanlığı’nın 2015 yılı açıklamasında yılda 17 bin davanın açıldığı ve yılda yaklaşık 8 bin Cİ mağduru ocuk olduğunu belirtmiştir (35). Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü’nün verilerinde ocuk Cİ suçundan hüküm giyenlerin sayısının 10 yılda % 16,3 arttığı bildirilmiş (32).

İstanbul'da yapılan çalışmalarda Cİ'ye maruz kalan lise öğrencilerinde oran % 10,7 ve % 13,4 olarak belirtilmiştir, aynı şehirde yapılan başka bir çalışmada ise kız üniversite öğrencilerinin çocukluğundaki maruz kalma oranı % 44,5'dir (36). İzmir'de yapılan araştırmada mağduriyet oranı % 26 olarak bulunmuştur (37). 2001-2005 arası Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip edilen 16 yaşından küçük çocuklarda Cİ öyküsü % 9,3 dür (38). 2005 yılında yapılan bir çalışmada erişkin hastaların % 2,5'u çocukluğunda Cİ'ye uğradığını belirtmişlerdir (39). Trakya Üniversitesi'ndeki bir araştırmada ise aile içi Cİ ye maruz kalma oranı % 1,4 olarak tespit edilmiştir (40). 2011 yılına ait bir çalışmada maruz kalanların % 71,6'sı, 2014 yılındaki bir çalışmada ise % 80'i kız olgulardan oluşmaktadır (41). Zonguldak'ta 2017 yılında yapılan çalışmada 375 katılımcının çocukluk çağı travma ölçeğine verdikleri yanıtlara bakıldığında; gruptakilerin çocuklukta Cİ'ye maruz kalma oranının % 17,6 olduğu tespit edilmiştir (17).

Tüm dünyada artan vaka sayıları ve buzdağının görünmeyen yüzü ülkemizde de paralellik göstermektedir.

2.1.3. Risk etkenleri

Cİ'yi etkileyen toplumsal, sosyal, ailesel ve kişisel birçok faktör bulunmaktadır. Araştırmacılar bu konuda bazı risk etkenleri ortaya koymuşlardır. Çocukluk çağında istismara maruz kalma; mağdura, bakım verenlere, ailenin yapısına ve toplumun özelliklerine bağlı olabilir (42). Tanımlanmış en büyük risk etkeni cinsiyettir. Kız çocukları erkek çocuklara göre çok daha fazla risk altında olduğu bilinmektedir, çalışmalar 2 ile 5 kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (43,44).

İkinci en önemli risk faktörünün de yaş olduğu belirtilmektedir. Her ne kadar istismar bütün yaşlarda görölse bile özellikle yaşla birlikte arttığı, 8-12 yaş arasında yani ergenlik öncesi dönemde de pik yaptığı gösterilmiştir (45,46).

Çocuklarda bulunan sakatlık, körlük veya sağırılık gibi fiziksel rahatsızlıklar; mental gelişim geriliği, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dürtü denetim bozukluğu, davranım bozukluğu ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik rahatsızlıklar artmış risk ile ilişkilendirilmiştir (47-50). İngiltere’de yapılan bir araştırmada; Cİ öyküsü bulunan çocuklar incelendiğinde bu çocukların geçmişlerinde öğrenme güçlüğü, kurumda kalmak, intihar girişimi ve alkol madde kullanımı tespit edilmiştir (51). Sosyal yönden dışa dönük olmayan, yalıtılmış, tek ve arkadaşı olmayan, ego gücü azalmış ve duygusal yönden ihmal edilmiş çocukların mağdur olma ihtimalleri daha yüksektir (52).

Aile etmenlerine bakıldığında; sosyoekonomik ve işlev düzeyi düşük, aile içi çatışmaların sık olduğu, aile bütünlüğün bozulduğu, boşanmış veya ayrılmış ebeveynlerin olduğu ailelerde yetişen çocukların istismara uğrama riskinin arttığı gösterilmiştir (53). Ailedeki kişilerde ruhsal hastalık bulunması ya da alkol madde kötüye kullanımı olması, annenin çalışması, evde olmaması, anne babanın düşük eğitim düzeyi, ebeveynlerde Cİ öyküsü bulunması, evde tek ebeveyn olması, üvey baba varlığı, annenin yaşının küçük olması risk faktörleri arasında tanımlanmıştır (54). Özellikle anne babaların bakım verme ve ebeveynlik görevlerini aksatmaları, iletişim problemleri ve duygusal yakınlık göstermemeleri çocukların istismara maruz bırakılmasını kolaylaştırmaktadır.

Göç, savaş, sık taşınma ve çevre değişimi gibi sosyal-toplumsal olaylar da Cİ riskini artırır. Bunların dışında düşük ekonomik bir ortam, sosyal sınıfların varlığı, kız çocukların eğitime izin verilmemesi, çocuk yaştaki evlilikler, yasaların uygulanmaması ve kültürel kabullenişler çocukların istismara uğrama ihtimalini arttırmaktadır (55).

2.1.4. Psikolojik sonuçları

Mağdurlarda istismar sonrası kısa ve uzun dönemde pek çok ruhsal rahatsızlık ortaya çıkabilmektedir (56). Erken dönemde görülen belirtiler olaydan hemen sonra başlayan genelde yaşa özgü problemlere yol açan akut stres tepkileridir. Korku, kızgınlık, suçluluk duyma ve depresif belirtiler ile davranış problemleri, ders başarısında azalma ve sosyal çekingenlik bu dönemde görülmektedir. Uzun dönemde ise olayın etkileri kişinin yaşamının her alanını etkilemekte, duygusal, sosyal ve cinsel sorunlara yol açmaktadır.

Yapılan bir çalışmada çocukken Cİ'ye uğramış bireylerde çocukluk döneminde % 47 oranında, erişkinlik döneminde % 26-32 oranında psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (57). Cİ mağdurlarının psikiyatrik tanı alma oranı % 88'dir (58). Ülkemizde yapılan bir araştırmada istismar mağduru çocuk olgularında istismarla en sık birlikteliği olan tanının % 22,2 oranıyla dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğu görülmüştür (59). 1998 yılında yayınlanan ve 3132 kişi ile yapılan bir çalışmada Cİ'ye maruz kalma ile en az bir defa psikiyatrik tanı konulma arasında ilişki olduğu gösterilmiş, mağdurların % 75'inin depresyon ve anksiyete şikayetleri belirttikleri tespit edilmiştir (60).

Bir çalışmada ise Cİ'ye uğramış çocuk olguların % 62'sinde en az bir, %29'unda iki ve daha fazla psikiyatrik tanı aldığı belirtilmiştir (61). Çocuk ve ergenler istismar mağdurlarında en sık görülen psikiyatrik hastalık % 44–71 oranıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak bulunmuştur (62). Diğer en sık görülen ise depresyondur (63). Cİ'ye uğrayan ergenlerle yapılan bir çalışmada; istismar sonrası dönemde depresyon gelişme sıklığı % 28,2, TSSB gelişme sıklığı % 20,3, madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı % 23,2 olarak bulunmuştur (64). 639 ergen üzerinde yapılan bir araştırmada istismarın depresyon ve kişilik bozuklukları ile yüksek oranda birliktelik gösterdiği tespit edilmiştir (65).

DSÖ 2002 deki raporunda; TSSB'nin en sık sebebinin çocukluk çağı cinsel istismarı olduğunu, istismar sonrası kız çocuklarında TSSB görülme sıklığının % 33,

erkek çocuklarında % 21 bulunduğunu bildirmektedir (13). Ülkemizdeki bir araştırmada istismardan sonraki bir sene içinde çocuk vakalarında en sık görülen ruhsal problemler; TSSB, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyondur (66).

Cinsel istismara uğrayan kız olgularda genellikle depresyon ve anksiyete gibi içe vurum bozuklukları, erkek olgularda ise sinirlilik ve öfke kontrol bozukluğu gibi dışavurum bozuklukları görülür (67). Çocuklukta ve ergenlikte azalmış benlik saygısı, bilişsel, dil ve gelişimsel alanlarda gecikmeyle birlikte; uyku problemleri, gece kabusları ve idrar kaçırma, sinirlilik, öfke kontrol sorunları, evden kaçma, suça eğilim, kendine zarar verme ve intihar girişimleri gibi birçok ruhsal sorun ve davranış problemleri görülmektedir (27,68,69).

İstismara uğramış ergen olgularda, tekrar istismara maruz kalma riskinin artması, artmış cinsel istek ve güvenli olmayan cinsel davranışlar, erken yaşta cinsel eylemde bulunma, birden fazla partner, gebe kalma gibi problemler de tespit edilmiştir (27,44).

Ergenlerde istismar sonrası ruhsal problemlere ek olarak alkol, madde ve sigara kullanımı siktir. Bunların yanında görülebilen diğer sorunlardan bazıları da; reaktif bağlanma bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ile karşıt olma karşıt gelme bozukluğudur (27,70). Cİ mağduru çocuklara yapılan zeka testlerinin ortalamanın altında çıktığı, bu çocukların ders notlarının zayıf olduğu, okul içi problemler yaşadığı gösterilmiştir (71).

Çocukluk Cİ öyküsü olan erişkinlerin istismar öyküsü olmayanlara göre ruh sağlığı hizmeti almak için 3,65 kat fazla başvurdukları ve eksen I ve eksen II psikiyatrik rahatsızlıkların bu hastalarda daha fazla tespit edildiği belirtilmiştir (72). Yapılan bir toplum taramasında; geçmişinde istismara maruz kalan bireylerde intihar etme oranının ve eksen I bozukluk görülme oranının daha fazla olduğu gösterilmiştir (72).

Çocukluk çağında istismara maruz kalmış yetişkinlerle yapılan bir araştırmada, geçmişinde istismar öyküsü bulunmayanlara göre bu kişilerde psikiyatrik ve psikosomatik rahatsızlıkların daha fazla görüldüğü, intihar girişimlerinin ve beden algı bozukluğunun daha fazla olduğu, daha kötü işlevsellik

düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir (73). Çalışmalarda; çocukluk Cİ öyküsü olan yetişkin olgularda depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu, alkol madde kullanımı ve intiharın oluşma sıklığının iki kat arttığı gösterilmiştir (74). Çocukluğunda cinsel istismar öyküsü bulunanlarda yapılan araştırmalarında görülen düşük benlik algısı, depresyonun en önemli belirteçlerindendir (75). Çocukluk döneminde aile içi Cİ'ye maruz kalan kadınlarda istismarla intihar girişimi arasında ilişki bulunmuştur (27).

Kaygı; erişkinlerde istismarın geç dönemde ortaya çıkan ruhsal sorunlardan biridir. Cinsel istismar mağdurlarında, anksiyete ile ilişkili olarak; kronik gerilim, baş ağrısı, kabuslar ve uyku bozuklukları, mide ağrısı, astım, kronik pelvik ağrı gibi somatik yakınmalar istismara uğramayan kontrol gruplarına göre daha fazla tespit edilmiştir (75). Yetişkin hastalarla yapılan bir araştırmada somatizasyon bozukluğu tanısı ile takip edilen olgularda çocukluk döneminde Cİ'ye maruz kalma oranı % 55 olarak tespit edilmiştir (76).

Cinsel istismarın geç dönem bulgularından olan TSSB birçok erişkinde görülmektedir. TSSB; mağdurlarda cinsel içerikli eylemlerle birlikte görülen iki temel bulgudan biridir. Anksiyete artışı, irkilme hali gibi artan uyarılmışlık, duygusal küntleşme ve tepkisizlik, dikkati toplayamama, geçmiş yaşantıların tekrar hatırlanması, uyku bozukluğu ve cinsel konulardan kaçınma TSSB'de görülen bulgulardandır. 1996 yılına ait bir araştırmada, mağdurların % 86'sında TSSB tanı kriterlerinin hepsi gözlenmiştir (77).

İstismardan sonra kişi erişkinlikte kompulsif bir tutumla cinsel eylemlerde bulunabilir. Bir yaklaşım bunun gerçek manada cinsellik olmadığını, artan öfkenin kişinin kendisine yönlendirilmesi olduğunu ifade eder. Birçok partnerle rastgele yapılan cinsel deneyimler bireyin benliğine dönük yıkıcı davranışların oluşturduğu kompleks eylemler bütünüdür. Cinsel istekteki bu artış çekilen fiziksel ıstırapın içerdiği duygusal acının bastırılmasına yönelik güç oluşturma ve kontrolü kaybetmeme çabasıdır (78).

Kişilerarası ilişkilerde yaşanan güçlüklerden biri; erişkinlik yaşamı boyunca de süren bilişsel alanda ve tepkilerde oluşturulan yeniden düzenleme sürecidir. Bu düzenleme başkalarına olan güvensizlik, ilişkilerinde karşıt duygular ya da ilişkiden kaçma olarak yapılmaktadır. Diğer bir sıkıntı da sürdürülen istismara utangaçlık,

aktif olmama ve cinselliğe artan ilgi şeklinde yaşanan uyum sağlamadır (79). İlişki kurmaktan uzak durma veya çok yakın ilişkiler kurma gibi sosyal ilişki kurma ve sürdürmede bozulmuş işlevsellikle giden kişilerarası ilişkileri vardır (80). Bu kişiler birliktelik yaşadıkları insanları olumsuz algılar ve problemler yaşarlar (81).

Mağdurların kişilik örgütlenmesinin yaşanan Cİ'den etkilendiği düşünülmektedir. Çocukluk çağında istismara uğramış yetişkinlerde borderline, antisosyal ve paranoid kişilik bozuklukları gelişebileceği belirtilmektedir (82). Çalışmalarda çoğul kişilik bozukluğu tanısı alan vakalarda % 85-90 oranında, borderline kişilik bozukluğu tanısı alan vakalarda % 70-80 oranında çocukluk dönemi Cİ maruziyeti saptanmıştır (58). İstismara maruziyetin devam etmesi kişide borderline kişilik bozukluğu gelişme olasılığını arttırmaktadır (74).

2.1.5. Başa çıkma

Stres; bireyle çevre etkileşimi sonucu yaşanan, kişinin genel iyilik hali veya refahı ile ilişkili zorlantılardır (83). Ruhsal olarak stres; bireye özgü olan ve kişisel bütünlüğü bozan, bireyi duygusal ilişki kurmaktan alıkoyan, işlevselliğini azaltan hatta hayattan zevk almasını engelleyen bir etkidir. Bazı çalışmacılar stresi oluşan acil bir duruma savaş ya da kaç tepkisi olarak yorumlamış ve esasında biyolojik var olma ve adaptasyon ihtiyacından kaynaklandığını ifade etmişlerdir (84). Stres; vücudun hayati fonksiyonlarını tehdit eden herhangi bir ihtiyaca yönelik verdiği genel bir yanıttır. Vücut stres anında bütün fonksiyonlarını devinim haline geçirerek sıkıntılı süreçle mücadele etmeye çalışmaktadır. Vücudun hazırlığını yaptığı bu durum stresle baş etmeyi hedeflemektedir. Bir görüş stresi; bireyin öz varlığına olan tehdidi algıladığı birinci süreç, buna yönelik vereceği tepkileri planlandığı ikinci süreç ve en son da planlanan davranışın gerçekleştirildiği üçüncü süreç olarak kurgulamıştır (83). İnsanlar gündelik yaşamında çok sık olarak strese maruz

kalabilmektedir. Strese neden olan olayların yarattığı ruhsal uyarılma ve rahatsızlık hissi bireyi bunları ortadan kaldırmak için bazı davranışlar sergilemeye itmektedir (85). Stresin yol açtığı etkiler sonucunda organizma stres ile baş etmek için tepki gösterir. İnsanlar, strese neden olan etmenlerin olumsuz sonuçlarını azaltmak veya tamamen bitirmek amacıyla başa çıkma davranışları sergilemektedirler. İnsanların strese neden olan durumların veya etmenlerin oluşturduğu kötü sonuçları azaltmak veya tamamen bitirmek amacıyla başa çıkma tutumlarını kullanması evrensel bir davranış şeklidir. Kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevselliklerinde azalma olması, yaşadıkları rahatsızlığın kötü sonuçlarını ortadan kaldırmak amacıyla kültürel ve değerler düzeni doğrultusunda kimi baş etme yöntemlerini geliştirmelerine vesile olmuştur. Sonuç olarak zamanla stresle baş etme yöntemleri kişi için ciddi bir ihtiyaç halini almıştır (86).

Başa çıkma; kişinin içsel dünyasının ve dış dünyanın oluşturduğu ihtiyaçları ve güçlükleri kontrol altına almak, ortadan kaldırmak ve yarattığı gerilimleri azaltmak için bilişsel ve davranışsal çaba sarf etmesidir (87). Bir başka tanımlamada, kişinin kendisine yönelik stres etkeni olan durumlara karşı tepki göstermesi ve dayanabilmesi için uyguladığı duygu ve davranışların bütünü olarak ifade edilmiştir (88). Başa çıkma; stresi azaltmak amacıyla faaliyete geçen duyguların ve eylemlerin birlikte örgütlenmesini içermektedir. Tek boyutlu olmayıp bireyler ve çevreleriyle karşılıklı etkileşimi de içeren çok yönlü bir süreçtir.

Araştırmalarda gösterilen başa çıkma çeşitleri genel olarak sıkıntı yaratan sorunun değerlendirildiği problem odaklı ve duyguların düzenlendiği duygu odaklı olarak ayrılmıştır (87). Genel anlamda başa çıkmanın amacı kişiyi yaşadığı olayın olumsuz fiziksel ya da ruhsal sonuçlarından korumaktır. Problem odaklı başa çıkma; problemlili kişi-çevre bağlantısının, yargı oluşturma, sorun çözme veya davranış şekliyle kontrol edilmesi amacıyla kullanılır. Problem odaklı başa çıkma, ihtiyaçların azaltılması veya bunların karşılanması için kaynakların fazlalaştırılmasına istinaden direk davranışlar şeklinde olabileceği gibi çevreye doğru da olabilir. Problem odaklı tutumlar, doğrudan sorunları çözmeye yönelik mantıklı, soğukkanlı ve ayrıntılı çabalar şeklindedir. Duygu odaklı başa çıkma ise, ihtiyaçlar sonucu oluşan gerilimi azaltılmak için sorunların veya duyguların değerlendirilmesini amaçlar. Bu tutumların içinde sosyal destek alma, kendini kontrol etme, savunma düzenekleri,

sorumluluk üstlenme bulunmaktadır (87). Başa çıkma yöntemlerinden hiçbirisi tek başına anlamlı değildir, olayın veya durumun gerekli kıldığı tutum ile bireyin uyguladığı başa çıkma tutumunun uygun olup olmaması sonucu etkileyen en önemli faktördür. En fazla pozitif sonuç veren davranışın ise problem ve duygu odaklı başa çıkma çabalarının birlikte kullanımının olduğu düşünülmüştür. Kişi stres durumunda ruhsal dengesini kurabilmek için problem odaklı başa çıkma çabasını göstermeyip sadece duygu odaklı tutumu sergilerse psikolojik rahatsızlıklar oluşabilmektedir (87).

Bazı araştırmalarda başa çıkma yöntemleriyle depresyon anksiyete ve stres arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Depresyon puanları fazla olan üniversite öğrencilerinin daha çok çekingen başa çıkma davranışları sergilediğini gösteren bir çalışmada puanlar azaldıkça etkili baş etme davranışları artmıştır (89). Diğer bir araştırmada depresyon tanısı konulan bireylerin çekingen başa çıkma tutumlarını daha çok sergiledikleri tespit edilmiştir (90). 2009 yılına ait bir çalışmada üniversite öğrencilerinin pasif baş etme yöntemlerini kullandıkça depresyon ve anksiyete puanlarında artma gözlemlenmiştir (91). Fiziksel hastalığı bulunan kişilerle yapılan bir çalışmada pasif başa çıkma yöntemlerini uygulamak depresyonu kötüleştirmektedir (92). Türkiye’de 2007 yılında üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada pasif baş etme yöntemlerinin kullanılma oranının ve depresyon değerlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (93).

Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde; bireylerin strese yol açan olayların karşısında tercih ettiği baş etme yöntemlerini bilmek, tedavi amaçlarının planlamasında ve tedavi etkinliğinin belirlenmesinde faydalı olacaktır (94).

Kişilik; stres ve başa etme tarzları arasında değişik yönlerden bağıntıları olan ciddi etkenlerden bir tanesidir. Ayrıca kişiliğin, stresli durumları tecrübe etmek, bir durumu stresli olup olmadığının belirlemek, olası baş etme davranışlarını kullanma ihtimalini değerlendirmek ve bunların faydalarını ölçmek açısından önemli bir role sahiptir (95).

Baş etme ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi aktaran araştırmalar; kişilik özellikleriyle stres sonuçları arasındaki ilişkiyi göstermektedirler (96). Araştırmacılar olayın birey için tehdit unsuru olarak algılanmasında ve tehlikeliliğin değerlendirilmesinde inanç yöntemleri, başa çıkma stratejileri ve kişilik

özelliklerindeki farklılığın büyük bir etken olduğunu ifade etmişlerdir. Baş etme çabalarının uygulandığı dönemlerde kişilik özelliklerinin; bilişsel yorumlamayı, bireysel baş etme eğilimlerini ve bunların neticesinde oluşan emosyonel reaksiyonları etkilediği gözlemlenmiştir (96). Bir araştırmacı; başa çıkmanın kişiliğin eyleme dönüşmüş hali olduğunu ifade etmiştir (95).

Kimi bireylerin strese karşı daha dayanıklı, kimilerinin ise daha dayanıksız olması kişiliklerine bağlı özelliklerle izah edilmektedir. Lazarus (1966) kendi kuramında; bireylerin kişiliğinin stres durumunda tercih ettikleri baş etme tarzlarından etkilenebileceğini ifade etmiştir. Bazı çalışmacılar ise insanların kişilik özelliklerinin stresin asıl nedeni olabileceğini belirtmişlerdir (97). Çoğu araştırmacı baş etme döneminin birçok kısmına bireylerin kişiliğinin etkili olduğunu öne sürmüşlerdir (98). Nevrotik özellikleri olan bir bireyin kısa süreli durumları stres kaynağı gibi görmesi ve bu yüzden stresli durumlarla daha sık karşılaşması, bunun sonucunda da artan baş etme tutumları göstermesi buna örnek verilebilir. Ayrıca bireylerin bu özellikleri stres sonrası oluşan rahatsızlıkların giderilmesinde ve baş etme yöntemlerinin etkili olmasını da engelleyebilmektedir. Bazı çalışmalar iyimser veya kötümser kişilik özelliğinin de baş etme tarzlarıyla bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir (96).

136 üniversite öğrencisiyle yapılan bir araştırmada bireylerin stresle baş etme tarzları ve kişilik özellikleri değerlendirilmiştir. Araştırmacılar daha fazla iyimserlik özelliği olan bireylerin problem odaklı baş etme yöntemlerini daha fazla kullandıkları ve depresif şikayetlerinin gerilediğini tespit etmişler (99).

Cİ gibi kişinin savunma düzenekleri ve başa çıkma yollarıyla atlatamayacağı kadar ağır travmatik hayat olayları ruhsal gelişim üzerinde önemli etkiler oluşturabilir (100). Uzun süre istismara maruz kalmış ergenlerin içinde oldukları çevreyi kavramada daha fazla zorlandıkları ve stresle başa çıkmada uygun sorun çözme teknikleri geliştiremedikleri belirtilmiştir (19). Cİ'ye maruz kalındıktan sonra kişilerin adaptasyon sorunlarında ve psikiyatrik problem yaşamalarını etkileyen etmenler arasında akılcı olmayan tutumlar da rol oynar (101). İstismara maruz kalanlarla yapılmış bir araştırmada; kişinin kendisi ve çevresi ile ilgili olumlu olmayan düşünceleri, uygun olmayan savunma yöntemleri, istismar davranışlarının

yanlış değerdendirilmesi gibi kognitif süreçlere ait parametrelerin travmanın Őiddetini arttırdığı gösterilmiştir (101). TSSB bulguları olan ve olmayan istismara maruz kalmış gruplarla yapılan bir çalışmada; istismar öncesi olumlu inançlara sahip bireylerin daha az bulgu gösterdiği ve istismardan sonraki süreçte olumsuz inançlara sahip bireylerle TSSB geliŐmesi arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırmalarda maruz kalınan istismarın bireylerin temel inançlarında deėiŐiklik yapabileceği, uygun olmayan inançların gelişebileceği gösterilmiş, bu tutumların da üzüntü, anksiyete, sosyal ilişkilerde problemler, istismarın tekrarlaması gibi duygusal ve davranışsal sorunlara yol açabileceği bildirilmiştir (101).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Mayıs 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında başvuran cinsel istismar öyküsü bulunan 50 kadın hasta ve cinsel istismar öyküsü bulunmayan 50 kadın hasta çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri (Deney Grubu İçin):

- 18 yaş ve üstü kadın olmak
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul etmek
- Cinsel istismar öyküsü bulunması
- Okuryazar olmak

Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri (Deney Grubu İçin)

- Zeka geriliği tanısı almış olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Psikotik bozukluk veya Bipolar Bozukluk atak döneminde olmak
- Okuryazar olmamak

Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri (Kontrol Grubu İçin):

- 18 yaş ve üstü kadın olmak
- Çalışmaya gönüllü katılmayı kabul etmek
- Cinsel istismar öyküsü bulunmaması
- Okuryazar olmak

Katılımcıların Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri (Kontrol Grubu İçin)

- Zeka geriliği tanısı almış olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Psikotik bozukluk veya Bipolar Bozukluk atak döneminde olmak
- Okuryazar olmamak

3.2. Yöntem

Bu çalışma Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.04.2019 tarih ve 2019-71-17/04 Protokol No.'lu kararıyla onaylanmıştır. EK-1'de etik kurul karar belgesi sunulmuştur. Mayıs 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen bu çalışmanın tüm aşamalarında İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve Helsinki Bildirgesi prensiplerine uygun olarak hareket edilmiştir.

Klinik görüşmeyi yapan hekim tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara çalışmanın amacı anlatılmış ve onamları alınmış, sosyodemografik veri formu doldurulmuş ve ölçeklerin nasıl doldurulacağı konusunda bilgi verilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından 100 kadın hastanın sosyodemografik veri formu doldurulduktan sonra, hastalardan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Coping Orientation to Problems Experienced - COPE)'ni doldurmaları istendi. Ayrıca araştırmacı tarafından klinik görüşme yapılarak çalışmaya katılan hastaların mevcut ve geçmişteki psikiyatrik hastalıkları ile cinsel istismar öyküleri sorgulandı.

3.3.1. Sosyo-Demografik veri formu

Çalışmacı tarafından literatüre uygun olarak geliştirilen formda; bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, psikiyatrik hastalığı olup olmadığı varsa tanısı, ailede bilinen psikiyatrik hastalık olup olmadığı varsa tanısı, ek hastalık varlığı, sigara, alkol, madde kullanımının olup olmadığı gibi klinik bilgiler ile daha önce cinsel istismara uğrama, istismara maruz kalma yaşı ve sıklığı, maruz kalma türü, kimseyle paylaşım paylaşmadığı, maruz kaldığı kişinin tanıdığı olup olmadığı, kendisini suçlama, psikiyatriye başvurusu ile istismar arasındaki ilişki öyküsü sorgulanmıştır. (EK-2)

3.3.2. Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI)

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory); 556 maddeden oluşan, ‘doğru’ ve ‘yanlış’ seçenekleriyle cevaplandırılan, kişinin bireysel ve toplumsal adaptasyonunu nesnel olarak değerlendirmeyi hedefleyen klinik bir testtir (102).

Test; Minnesota Üniversitesi Hastanesinde 1939 yılında, hastaların klinik değerlendirilmelerinde kullanılması amacıyla psikolog Starke R. Hathaway ve nöropsikiyatrist J. Charnley McKinley tarafından geliştirilmiştir (103). Ülkemizde kullanılması altmışlı yılların sonlarında testin Türkçe’ye çevrilmesi ile başlamıştır. Işık Ataman (Savaşır) ve Atilla Turgay tarafından gözden geçirilmiş ve standardizasyonu yapılmıştır (104).

MMPI; 3 geçerlik ve psikopatoloji saptamak için kullanılan 10 klinik alt testten oluşmaktadır. Geçerlik testleri L, F ve K’dır. Bunlar; Yalan (Lie), Sıklık

(Frequency) ve Düzeltme (Correction) alt testleri olarak bilinir. Klinik alt testlerini ise; Hipokondriasis (Hs), Depresyon (D), Histeri (Hy), Psikopatik Sapma (Pd), Kadınlık – Erkeklik (Mf), Paranoya (Pa), Psikasteni (Pt), Şizofreni (Sc), Hipomani (Ma) ve Sosyal İçedönüklük (Si) oluşturmaktadır.

MMPI testinde 5 veya daha az maddeye cevap verilmemesi testin geçerliğine etki etmezken, 10 – 30 arası maddenin yanıtlanmaması profilin tartışmalı olmasına, 30 ve daha fazla sorunun boş bırakılmasıysa testin geçersiz olmasına neden olmaktadır (105). MMPI testi EK-4’te bulunmaktadır.

3.3.3. Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği (COPE)

Carver, Schneier ve Weintraub tarafından 1989 tarihinde geliştirilen bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları 2005 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bireylerin günlük yaşamlarında güç ya da sıkıntı verici durumlarla veya problemlerle karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini değerlendirmeyi amaçlar. 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Cevaplanan soruların puanlandırmaları; “1. Asla böyle bir şey yapmam, 2. Çok az böyle yaparım, 3. Orta derecede böyle yaparım, 4. Çoğunlukla böyle yaparım” şeklindedir. 15 alt ölçek vardır. Bu ölçeklerin her biri farklı bir başa çıkma tutumuyla ilgili bilgi verir. Sonunda alt ölçeklerden alınacak değerlerin fazlalığı kişinin hangi başa çıkma tutumunu daha fazla kullandığıyla ilgili fikir verir. Başa çıkma tutumu alt ölçeklerini şunlar oluşturmaktadır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkar, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma.

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği EK-3'te bulunmaktadır.

3.4. İstatiksel Analiz

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS 19.0 programı ile yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma ya da ortanca (minimum-maksimum); sözel değişkenler için sayı ve yüzde olarak gösterildi. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarının sağlanıp sağlanamamasına göre iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ya da Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grubun kıyaslanmasında ise yine parametrik test varsayımlarının sınanması sonucunda tek yönlü varyans analizi ya da Kruskal-Wallis testi tercih edildi. Tek yönlü varyans analizi sonrasında grupların ikiserli karşılaştırması Tukey testi ile yapıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişki, Pearson ve Spearman korelasyon analizleri ile incelendi. Grupların sözel değişkenler bakımından karşılaştırılması ise Yates Düzeltmeli Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-kare testleri ile yapıldı ve tüm değerlendirmeler için $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya; öyküsünde cinsel istismar bulunan 50 kadın hasta ve öyküsünde cinsel istismar bulunmayan 50 kadın hasta olmak üzere toplam 100 kadın hasta dahil edildi.

İstismar grubundaki olguların yaş ortancası 28,5 (18-46) iken diğer grubun yaş ortancası 34,5 (18-55) idi. Yaş bakımından gruplar birbirine benzer bulundu ($p=0.062$). İstismar öyküsü olan kadın hastalardan 19 (% 38)'u evli, 23 (% 46)'ü bekar, 6 (% 12)'si boşanmış, 2 (% 4)'si dul iken istismar öyküsü olmayan kadın hastaların 27 (% 54)'si evli, 21 (% 42)'i bekar, 1 (% 2)'i boşanmış ve 1 (% 2)'i duldur. Medeni durum bakımından da gruplar birbirine benzer bulundu ($p=0.129$).

Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde ise istismara uğramış katılımcıların % 2 (1 kişi)'si okuryazar, % 10 (5 kişi)'u ilkokul mezunu, % 20 (10 kişi)'si ortaokul mezunu, % 30 (15 kişi)'u lise mezunu ve % 38 (19 kişi)'i üniversite mezunuydu. İstismara uğramamış katılımcıların ise; % 8 (4 kişi)'inin ilkokul mezunu, % 10 (5 kişi)'unun ortaokul mezunu, % 36 (18 kişi)'sının lise mezunu, % 46 (23 kişi)'sının üniversite mezunu olduğu görüldü. İstatistiksel olarak eğitim bakımından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.506$).

Katılımcıların meslekleri açısından bakıldığında; istismar öyküsü bulunan gruptan 20 kişi (% 40) işsiz/ev hanımı, 12 (% 24) kişi gelir karşılığında çalışan, 17 (% 34) kişi öğrenci, 1 (% 2) kişi ise emekliydi. İstismar öyküsü bulunmayan grupta ise 13 kişi (% 26) işsiz/ev hanımı, 22 (% 44) kişi gelir karşılığında çalışan, 14 (% 28) kişi öğrenci, 1 (% 2) kişi ise emekliydi. Gruplar arasında meslek bakımından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0.152$).

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Cİ VAR	Cİ YOK	TOTAL	P
Yaş		28,5 (18-46)	34,5 (18-55)	31 (18-55)	0.062
Eğitim	İlkokul	6 (% 12)	4 (% 8)	10 (% 10)	0.506
	Ortaokul	10 (% 20)	5 (% 10)	15 (% 15)	
	Lise	15 (%30)	18 (% 36)	33 (% 33)	
	Yüksekokul/Ünv.	19 (% 38)	23 (% 46)	42 (% 42)	
Medeni	Evli	19 (% 38)	27 (% 54)	46 (% 46)	0.129
	Bekâr	23 (% 46)	21 (% 42)	44 (% 44)	
	Boşanmış-Dul	8 (% 16)	2 (% 4)	10 (% 10)	
Meslek	İşsiz/ev hanımı	20 (% 40)	13 (% 26)	33 (% 33)	0.152
	İşçi/memur	12 (% 24)	22 (% 44)	34 (% 34)	
	Öğrenci	17 (% 34)	14 (% 28)	31 (% 31)	
	Emekli	1 (% 2)	1 (% 2)	2 (% 2)	

Cinsel istismara maruz kalan kadınların psikiyatrik tanıları incelendiğinde; 9 (% 18) kişide depresyon, 25 (% 50) kişide anksiyete bozuklukları, 1 (% 2) kişide psikoz, 6 (% 12) kişide bipolar bozukluk ve 9 (% 18) kişide diğer rahatsızlıklar bulunmakta idi. İstismara maruz kalmayan katılımcılar da ise; depresyon 14 (% 28) kişide, anksiyete bozuklukları 18 (% 36) kişide, psikoz 1 (% 2) kişide, bipolar bozukluk 5 (% 10) kişide ve diğer rahatsızlıklar 12 (% 24) kişide görülmekteydi. Çalışmamızda gruplar arasında psikiyatrik tanı açısından anlamlı fark yoktu ($p=0.599$).

Katılımcıların kullanmakta olduğu ilaçlara bakıldığında; çalışmaya alındığı sırada Cİ olan gruptaki 25 (% 50) kişi antidepresan, 1 kişi (%2) antipsikotik, 5 (% 10) kişi duygudurum düzenleyici, 1 (%2) kişi birden fazla çeşit psikiyatri ilacı kullanırken 18 kişi (% 36) herhangi bir psikiyatrik tedavi almıyordu.

Cİ öyküsü olmayan gruba bakıldığında 30 (% 60) kişi antidepresan, 1 kişi (%2) antipsikotik, 5 (% 10) kişi duygudurum düzenleyici, 2 (%4) kişi birden fazla

çeşit psikiyatri ilacı kullanıyorken 12 kişi (% 36) ise herhangi bir medikal tedavi almıyordu. Kullanılan psikiyatrik ilaç bakımından gruplar benzer bulundu ($p=0.780$)

Katılımcıların aile öyküsü psikiyatrik hastalık açısından incelendiğinde; Cİ öyküsü olanların 23 (% 46)'ünün ailesinde psikiyatrik hastalık varken 27 (% 54)'sinde yoktu. Cİ olmayanlardan ise ailesinde psikiyatrik hastalık bulunanlar 22 (% 44) kişi iken bulunmayanlar 28 (% 56) kişidir. Ailede psikiyatrik hastalık olması açısından gruplar benzer bulundu ($p=1.000$).

Tıbbi hastalık açısından bakıldığında; Cİ grubundaki 13 (% 26) kişide ek hastalık bulunurken, 37 (% 74) kişide ek hastalık yoktu. Cİ olmayan grupta ise 4 (% 8) kişide ek hastalık mevcut iken 46 (% 92) kişide herhangi bir ek hastalık bulunmuyordu. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p=0.033$) klinik ya da çalışma açısından bu farkın herhangi bir önemi bulunamadı.

Sigara kullanımı incelendiğinde; istismar grubundaki katılımcılardan 35'i diğer gruptan da 25'i sigara kullanırken, istismar grubundan 15 diğer gruptan 25 kişi kullanmıyordu. Alkol kullanımı Cİ grubunda 19'a 31 iken, diğer grupta 17'ye 33'tü. Katılımcılardan madde kullanımı olan ise sadece Cİ öyküsü bulunan gruptaki 2 kişiydi. Sigara içme durumu ($p=0.066$), alkol kullanımı ($p=0.835$) ve madde kullanımı ($p=0.495$) açısından gruplar arasında fark anlamlı bulunmadı. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sağlık durumları ile ilgili tanımlayıcı veriler

		Cİ VAR	Cİ YOK	TOTAL	P
Psikiyatrik hst.	Depresyon	9 (%18)	14 (% 28)	23 (% 23)	0.599
	Anksiyete	25 (% 50)	18 (% 36)	43 (% 43)	
	Psikoz	1 (% 2)	1 (% 2)	2 (% 2)	
	Bipolar Bozukluk	6 (% 12)	5 (% 10)	11 (% 11)	
	Diğer	9 (% 18)	12 (% 24)	21 (% 21)	
Kullanmakta olduğu ilaç	Antidepresan	25 (% 50)	30 (% 60)	55 (% 55)	0.780
	Antipsikotik	1 (% 2)	1 (% 2)	2 (% 2)	
	Duygudurum Dz.	5 (% 10)	5 (% 10)	10 (% 10)	
	Çoklu İlaç	1 (% 2)	2 (% 4)	3 (% 3)	

	İlaç kullanmıyor	18 (% 36)	12 (% 24)	30 (% 30)	
Ailede psk hst.	Var	23 (% 46)	22 (% 44)	45 (% 45)	1.000
	Yok	27 (% 54)	28 (% 56)	55 (% 55)	
Ek hastalık	Var	4 (% 8)	13 (% 26)	17 (% 17)	0.033
	Yok	46 (% 92)	37 (% 74)	83 (% 83)	
Sigara	Var	35 (% 70)	25 (% 50)	60 (% 60)	0.066
	Yok	15 (% 30)	25 (% 50)	40 (% 40)	
Alkol	Var	19 (% 38)	17 (% 34)	36 (% 36)	0.835
	Yok	31 (% 62)	33 (% 66)	64 (% 64)	
Madde	Var	2 (% 4)	-	2 (% 2)	0.495
	Yok	48 (% 96)	50	98 (% 98)	

4.2. Katılımcıların Maruz Kaldığı Cinsel İstismarın Özellikleri

Katılımcılara uygulanan demografik veri formunda bulunan maruz kalınan cinsel istismar özelliklerinden maruz kalınan yaş incelendiğinde; 0-6 yaş arası 3 (% 6) kişi, 7-14 yaş arası 25 (% 50) kişi, 15-17 yaş arası 13 (% 26) kişi ve 18 yaş sonrası 9 (% 18) kişi cinsel istismara uğramıştı.

İstismara uğrama şekline bakıldığında ise 29 (% 58) kişi dokunma yoluyla, 21 (% 42) kişiye ilişki yoluyla maruz bırakılmıştı. Yaşamları boyunca katılımcılardan cinsel istismara 1 defa uğrayan 19 (% 38) kadın, 2-5 defa uğrayan 24 (% 48) kadın ve 5’den fazla uğrayan 7 (% 14) kadın bulunmakta idi. Kadınların 35 (% 70)’i istismarı birisiyle paylaşıırken 15 (% 30)’i hiç kimseyle paylaşmamıştı. 39 (% 78) kişi istismar edenin tanıdık olduğunu belirtirken, 11 (% 22) kişi ise tanıdık olmadığını ifade etmişti. Cinsel istismar mağduru kadınlardan 28 (% 56)’i istismardan dolayı kendisini suçlarken 22 (% 44)’si suçlamamaktaydı.

Cinsel istismar öyküsü bulunan katılımcılardan 24 (% 48) kadın uğradığı istismar ile psikiyatri başvurusu arasında bağlantı olduğunu düşünürken, 26 (% 52) kadın ise bağlantı olduğunu düşünmüyordu.

Katılımcıların maruz kaldığı cinsel istismarın özellikleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların maruz kaldığı cinsel istismarın özellikleri

		n	%
Uğrama yaşı	0-6 yaş arası	3	% 6
	7-14 yaş arası	25	% 50
	15-17 yaş arası	13	% 26
	18 yaş ve üstü	9	% 18
Uğrama şekli	Dokunma yoluyla	29	% 58
	İlişki yoluyla	21	% 42
Uğrama sıklığı	1 defa	19	% 38
	2-5 defa	24	% 48
	5'den fazla	7	% 14
Kimseyle paylaşma	Evet	35	% 70
	Hayır	15	% 30
Tanıdık istismarcı	Evet	39	% 78
	Hayır	11	% 22
Kendini suçlama	Evet	28	% 56
	Hayır	22	% 44
Psikiyatrik rahatsızlıkla ilişkisi	Evet	24	% 48
	Hayır	26	% 52

4.3. Katılımcılara Uygulanan Ölçekler

Katılımcılara uygulanan klinik ölçeklerden Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) değerlendirildiğinde; Cİ öyküsü olan grupta COPE toplam puan ortalaması $153,76 \pm 18.29$ iken olmayan grupta ise $155,26 \pm 14.76$ bulundu. COPE toplam puanları açısından gruplar benzerdi ($p=0.0653$).

Alt ölçekler incelendiğinde COPE-1 (yeniden yorumlama ve gelişme) alt ölçeği ortalaması istismar grubunda $11,9 \pm 2.54$ iken, diğer grupta $13,1 \pm 2.35$ idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.008$).

COPE-5 (aktif başa çıkma) alt ölçeğinin istismar grubundaki ortalaması $10,8 \pm 2.75$, diğer grupta ise $12,0 \pm 2.70$ 'di. İstismar grubunun puanı diğer gruba göre anlamlı derecede düşük tespit edildi ($p=0.021$).

İstismar öyküsü olan grubun COPE-7 (dini olarak başa çıkma) alt ölçek puan ortalaması $10,5 \pm 4.37$ bulunurken diğer grubun puanı $12,3 \pm 3.91$ bulundu. Burada da istismar öyküsü olan grubun puanı diğer gruba göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p= 0.027$).

Geri kalan COPE-2, COPE-3, COPE-4, COPE-6, COPE-8, COPE-9, COPE-10, COPE-11, COPE-12, COPE-13, COPE-14 ve COPE-15 alt ölçekleri bakımında gruplar benzer bulundu ($p=0.053$, $p=0.674$, $p=0.765$, $p=0.994$, $p=0.944$, $p=0.263$, $p=0.707$, $p=0.561$, $p=0.186$, $p=0.934$, $p=0.054$, $p=0.569$).

Grupların başa çıkma tutumlarını değerlendirme alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde; cinsel istismar öyküsü bulunanlarda zihinsel boş verme, duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, inkar, şakaya vurma, davranışsal boş verme, madde kullanma ve kabullenme alt ölçek puanlarının, diğer grupta ise pozitif yeniden yorumlama, aktif başa çıkma, dini olarak başa çıkma, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, soruna odaklanma ve plan yapma alt ölçekleri puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Ana alt ölçeklerin ortalamalarına bakıldığında ise; cinsel istismar öyküsü bulunan kadınların işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını (COPE-2/3/6/9/12) diğer gruba göre daha fazla kullandığı görülürken, istismar öyküsü bulunmayan kadınların problem odaklı (COPE-4/5/10/14/15) ve duygu odaklı (COPE-1/7/8/11/13) başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıkları görülmüştür.

Katılımcıların COPE ölçeği puanları Tablo-4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların COPE ölçeği puanları

	Cİ	MEAN	ST DV	MED	MİN	MAX	P
COPE-1	Yok Var Tot	13,16 11,98 12,57	2,35051 2,54342 2,50758	14,00 12,00 13,00	6,00 6,00 6,00	16,00 16,00 16,00	0.008
COPE-2	Yok Var Tot	9,68 10,74 10,21	2,69875 2,70909 2,74246	10,00 11,00 10,00	4,00 5,00 4,00	15,00 16,00 16,00	0.053
COPE-3	Yok Var Tot	12,90 13,04 12,97	2,18763 2,42403 2,29824	13,00 13,00 13,00	8,00 8,00 8,00	16,00 16,00 16,00	0.674
COPE-4	Yok Var Tot	11,62 11,80 11,71	3,10293 3,48759 3,28540	11,50 11,50 11,50	4,00 4,00 4,00	16,00 16,00 16,00	0.765
COPE-5	Yok Var Tot	12,00 10,80 11,40	2,70298 2,75533 2,78161	13,00 11,00 12,00	6,00 5,00 5,00	16,00 15,00 16,00	0.021
COPE-6	Yok Var Tot	6,40 6,42 6,41	2,31234 2,26860 2,27900	5,50 6,00 6,00	4,00 4,00 4,00	13,00 13,00 13,00	0.994
COPE-7	Yok Var Tot	12,36 10,58 11,47	3,91627 4,37101 4,22464	13,50 11,00 12,00	4,00 4,00 4,00	16,00 16,00 16,00	0.027
COPE-8	Yok Var Tot	7,40 7,82 7,61	2,87139 3,72904 3,31783	7,00 7,00 7,00	4,00 4,00 4,00	16,00 15,00 16,00	0.944
COPE-9	Yok Var Tot	7,66 8,56 8,11	2,84002 3,53501 3,22207	7,00 8,00 8,00	4,00 4,00 4,00	14,00 16,00 16,00	0.263
COPE-10	Yok Var Tot	10,14 10,02 10,08	2,22243 2,47840 2,34275	10,00 10,00 10,00	6,00 5,00 5,00	14,00 16,00 16,00	0.707
COPE-11	Yok Var Tot	11,94 11,82 11,88	2,59048 2,33597 2,45476	12,00 12,00 12,00	5,00 7,00 5,00	16,00 16,00 16,00	0.561
COPE-12	Yok Var Tot	6,10 7,30 6,70	3,47733 4,31537 3,94533	4,00 5,00 4,00	4,00 4,00 4,00	16,00 16,00 16,00	0.186
COPE-13	Yok Var Tot	10,42 10,46 10,44	2,39974 2,45124 2,41343	10,50 10,50 10,50	4,00 4,00 4,00	15,00 16,00 16,00	0.934
COPE-14	Yok Var Tot	11,44 10,66 11,05	1,99141 2,00621 2,02696	11,00 10,50 11,00	7,00 6,00 6,00	15,00 14,00 15,00	0.054
COPE-15	Yok Var Tot	12,04 11,76 11,90	2,57904 2,76686 2,66477	13,00 12,00 12,00	5,00 4,00 4,00	16,00 16,00 16,00	0.569

Katılımcılara uygulanan klinik ölçeklerden diğeri olan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) testi incelendiğinde geçerlilik alt testlerinden L (Lie) alt ölçeğinde iki grup arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.005$). İstismara uğrayan gruptakilerin puanı ($5,02\pm1.86$) diğer gruba ($6,20\pm2.25$) göre anlamlı derecede düşüktü. İstismar grubu çok az miktar fazla olsa da, her iki gruptaki katılımcılar da dürüst ve samimi cevaplar vermişlerdi.

F (Frekans) alt ölçeği açısından da gruplar arasındaki fark anlamlı idi ($p=0.002$). Bu testte ise istismar grubunun puanı ($15,1\pm7.60$) diğer grubun puanından ($10,6\pm5.94$) anlamlı derecede yüksek bulundu. Her iki grubun puanı da normal değerler arasında olmasına rağmen istismar grubunun puanının yüksek olması toplumdan daha farklı inançlara sahip olduğunu gösteriyordu.

Son geçerlilik alt testi olan K (Correction) değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0.067$).

10 alt ölçek değerlendirildiğinde bu ölçeklerden Hipokandriasis (Hs), Histeri (Hy), Erkeklik-Kadınlık (Mf) ve Hipomani (Ma) alt testleri bakımından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı. ($p=0.381$, $p=0.265$, $p=0.288$ ve $p=0.085$).

Depresyon (D) alt ölçeğinin istismar grubundaki ortalama puanı $30,5\pm6.42$ iken diğer grubun ortalaması $27,4\pm6.50$ 'ydi. Gruplar arasındaki fark anlamlı olarak yorumlandı ($p=0.016$). Cinsel istismara uğramış kadın hastaların kişilik envanterinde depresyon örüntüsü uğramamış kadın hastalara göre belirgin yüksek tespit edildi.

Psikopatik sapma (Pd) alt ölçeğinin istismar grubundaki ortalama puanı $30,0\pm5.89$ iken diğer grubun ortalama puanı $26,4\pm5.95$ 'di. Bu alt ölçek bakımından da fark anlamlıydı ($p=0.003$). Cinsel istismara uğrayan kadınların testinde genel sosyal uyumsuzluğu da içeren Psikopatik sapma alt test puanları uğramayanlara göre yüksek bulundu.

Alt ölçeklerden biri olan Paranoya (Pa) testinde istismara maruz kalan kadınların olduğu grubun puan ortalaması $16,9\pm4.59$, diğer grubunki ise $13,9\pm4.19$ bulundu, bu alt ölçekte de gruplar arasındaki fark anlamlıydı ($p=0.001$). Aşırı duyarlılık, tutum ve fikirlerde katılık gibi özellikleri de içeren Paranoya (Pa) puanı istismar grubunda daha yüksek tespit edildi.

Psikasteni (Pt) alt ölçeğine bakıldığında da gruplar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.027$). Cİ öyküsü olan katılımcıların grubundaki puan ortalaması bu alt ölçekte $37,4\pm7.42$ iken Cİ öyküsü olmayan katılımcıların olduğu gruptaki puan ortalaması ise $33,8\pm8.42$ 'ydi. İçeriğinde uzun süreli kaygı, durumluk kaygı veya strese bağlı tepkisel anksiyeteyi de barındıran Pt puanları istismara uğrayan kadınlarda uğramayanlara göre anlamlı derecede yüksekti.

İstismar grubundaki Şizofreni (Sc) alt ölçeği puan ortalaması $42,6\pm11,2$ bulunurken, istismar olmayan gruptaki ortalama $34,5\pm10.7$ bulundu. Aradaki fark anlamlıydı ($p<0.001$). İstismar öyküsü bulunan kadınlarda bulunmayanlara göre ciddi derecede yüksek çıkan bu alt ölçek; sosyal yabancılaşıma, aile ilişkilerinde kopma, derin ilgi kaybı, kendilik değeri ve kimlikle ilgili önemli kuşkular barındırıyordu.

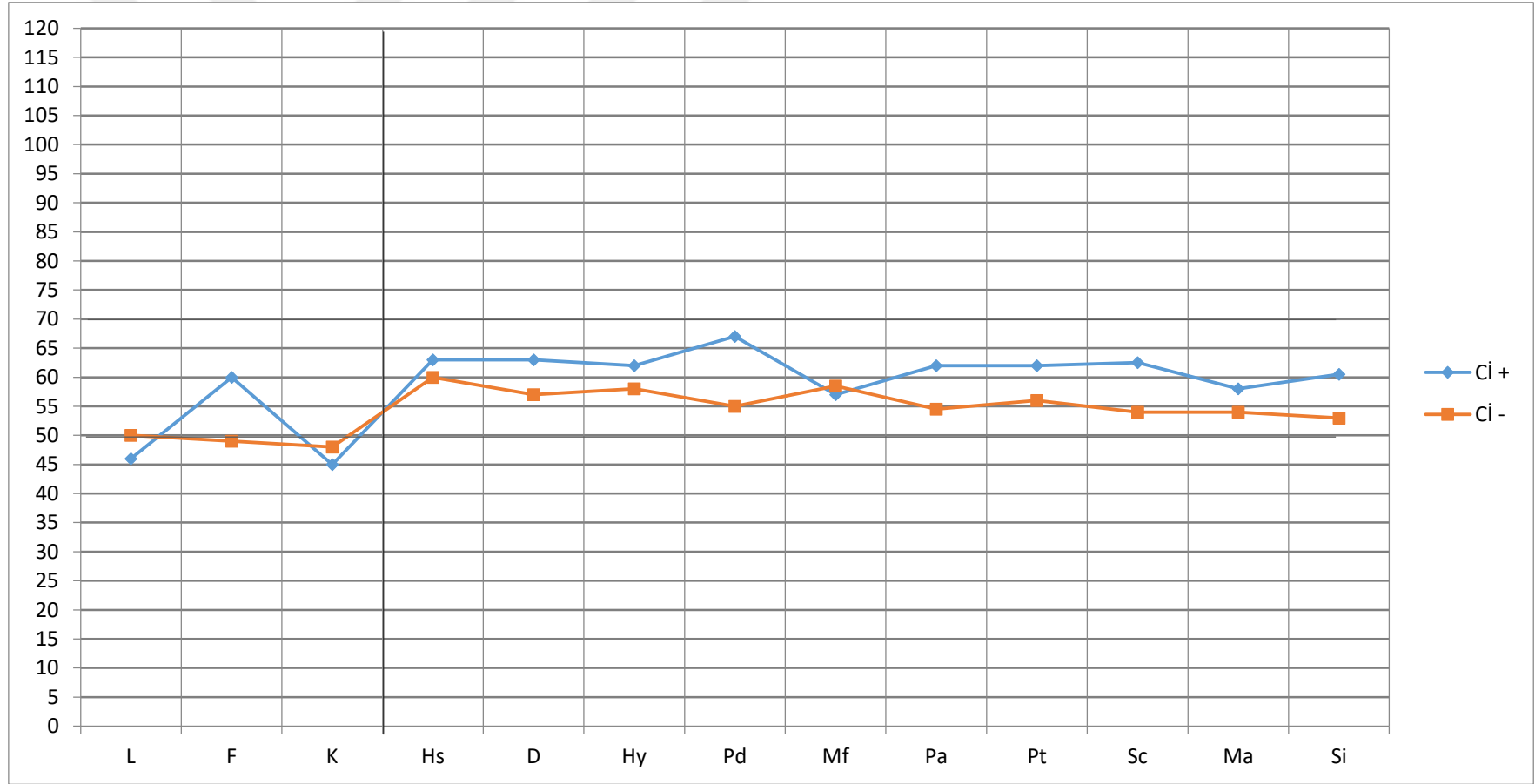
Son alt ölçek olan Sosyal içedönüklük (Si) testinin puan ortalamaları istismar grubunda $37,1\pm8.60$ tespit edilirken diğer grupta $33,1\pm8.87$ tespit edildi, aradaki fark anlamlı bulundu ($p=0.023$). İstismara maruz kalan kadın hastalarda bu testin puanlarının diğer gruba göre yüksek bulunması bu gruptaki bireylerin daha içe dönük kişilik özelliği taşıdığını gösteriyordu.

Çalışmada katılımcılara uygulanan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) testinin alt ölçeklerinin puanları Tablo-5'de gösterilmiştir.

Şekil-1'de de Cİ öyküsü bulunan ve bulunmayan kadın hastaların MMPI alt ölçeklerinin ortalama T puanları grafikte gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların MMPI testi puanları

	Cİ	MEAN	ST DV	MED	MİN	MAX	P
L	Yok	6,20	2,25877	6,00	1,00	11,00	0.005
	Var	5,02	1,86799	5,00	1,00	9,00	
	Tot	5,61	2,14568	6,00	1,00	11,00	
F	Yok	10,62	5,94152	9,00	2,00	27,00	0.002
	Var	15,16	7,60601	14,50	5,00	42,00	
	Tot	12,89	7,16317	12,00	2,00	42,00	
K	Yok	11,62	3,90128	11,00	5,00	22,00	0.067
	Var	10,24	3,55459	10,00	4,00	20,00	
	Tot	10,93	3,77727	11,00	4,00	22,00	
HS	Yok	20,88	5,32855	21,00	9,00	34,00	0.381
	Var	21,82	5,34404	22,50	12,00	32,00	
	Tot	21,35	5,33025	21,00	9,00	34,00	
D	Yok	27,40	6,50902	27,50	16,00	42,00	0.016
	Var	30,58	6,42409	31,00	17,00	44,00	
	Tot	28,99	6,62943	30,00	16,00	44,00	
HY	Yok	27,66	6,50780	26,50	12,00	41,00	0.265
	Var	29,04	5,77454	29,00	16,00	41,00	
	Tot	28,35	6,16011	27,50	12,00	41,00	
PD	Yok	26,44	5,95274	25,00	15,00	40,00	0.003
	Var	30,08	5,89998	31,00	17,00	42,00	
	Tot	28,26	6,17362	29,00	15,00	42,00	
MF	Yok	32,06	3,76563	32,00	25,00	42,00	0.288
	Var	31,16	4,62186	31,50	20,00	40,00	
	Tot	31,61	4,21851	32,00	20,00	42,00	
PA	Yok	13,98	4,19178	14,00	7,00	25,00	0.001
	Var	16,92	4,59743	17,00	8,00	26,00	
	Tot	15,45	4,61962	15,00	7,00	26,00	
PT	Yok	33,84	8,42823	34,00	20,00	56,00	0.027
	Var	37,40	7,42582	38,00	22,00	53,00	
	Tot	35,62	8,10260	36,50	20,00	56,00	
SC	Yok	34,58	10,78565	33,50	17,00	62,00	<0.001
	Var	42,60	11,24677	41,50	19,00	65,00	
	Tot	38,59	11,68016	38,50	17,00	65,00	
MA	Yok	21,92	5,08234	22,00	11,00	34,00	0.085
	Var	23,58	4,44508	24,00	13,00	32,00	
	Tot	22,75	4,82287	24,00	11,00	34,00	
Si	Yok	33,10	8,87613	32,00	17,00	54,00	0.023
	Var	37,14	8,60709	37,50	14,00	54,00	
	Tot	35,12	8,93216	34,50	14,00	54,00	



Şekil-1 Cİ öyküsü bulunan ve bulunmayan kadın hastaların MMPI alt ölçeklerinin ortalama T puanları

4.4. Demografik Veriler ile MMPI Ölçeğinin Karşılaştırılması

Cinsel istismara uğrayan kadınların olduğu gruptaki katılımcıların yaşları ile MMPI alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Gruptaki kadınların medeni durumu ile ölçeğin alt testleri arasındaki korelasyon incelendiğinde; sadece Sosyal içedönüklük alt testi puanı bakımından evli bireylerle bekar bireyler arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.043$). Evlilerin puanı bekarlara göre anlamlı derecede yüksekti. Cİ'ye maruz kalmış ve çalışma sırasında evli olan kadınlar bekar olan kadınlara göre daha fazla içe dönük kişilik özelliği barındırıyorlardı.

Gruplara eğitim durumlarına göre bakıldığında; Frekans (F) alt testi bakımından ($p=0.020$), Paranoya (Pa) alt testi bakımından ($p=0.002$), Şizofreni (Sc) alt testi bakımından ($p=0.013$) ve Hipomani (Ma) alt testi bakımından ($p=0.038$) kategoriler arasındaki fark anlamlı bulundu.

Frekans (F) alt testi açısından; okuryazar olmayan+ilkokul+ortaokul mezunu kategorisi ile üniversite mezunu arasındaki fark anlamlıydı ve eğitim düzeyi düştükçe F alt testi puanı ortalamasının yükseldiği görüldü. İstismara maruz kalan kadınlarda eğitim seviyesi düştükçe; düşünce içeriğinde kısıtlılık, yargılama bozukluğu ve intihar düşüncesinde artış tespit edilmiştir.

Paranoya (Pa) puan ortalamaları bakımından üniversite mezunlarının diğer kategorilere göre anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesi düştükçe şüphecilikte artmayla birlikte tutum ve fikirlerde aşırı katılık olduğu anlaşıldı.

Şizofreni (Sc) alt testi puan ortalamaları üniversite mezunlarında diğer kesimlere göre daha düşük bulundu, eğitim seviyesi düştükçe puanlar artıyordu. Bu da sosyal yabancılaşmanın, derin ilgi kaybının, aile ilişkilerinde kopmanın, kendilik değeri ve kimlikle ilgili şüphelerin düşük eğitilmiş istismara maruz kalan kadınlarda daha sık görüldüğünü göstermektedir.

Eğitim düzeyi azaldıkça Hipomani (Ma) alt testi ortalama puanlarının arttığı görüldü. Düşük eğitilmiş katılımcıların duygulanımda artma, fikir uçuşması, grandiyozite ve benmerkezcilik gibi kişilik özelliklerini taşıma durumunun diğerlerine göre daha sık olabileceği saptanmıştır.

Meslek grupları ile MMPI puanları karşılaştırılmasında gruplar arasındaki farkın anlamlı bulunduğu alt ölçekler; Düzeltme (K) ve Psikopatik sapma (Pd) idi ($p=0.012$ ve $p=0.015$).

İşçi-memur grubunun K puan ortalaması diğerlerinden yüksek bulundu. İstismar edilen kadınların bulunduğu grupta çalışan kesimin ego gücü, öğrenci, işsiz ve emekli grubundan anlamlı derecede fazlaydı.

Pd ortalama puanları öğrencilerde en düşük bulunurken işsiz-emekli kategorisinde en yüksek bulundu. İstismar edilen kadınların arasında genel sosyal uyumsuzluğu en fazla olanlar işsiz-emekli olan grupta yer alanlardı.

Ailede psikiyatrik hastalık bulunması ile MMPI alt testleri puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Ek hastalığı olan sadece 4 kişi olduğundan MMPI ölçeği ile analiz grupların birinde sayı yetersiz olduğu için yapılamadı.

Sigara kullanımı ile yapılan korelasyon analizinde; Si puan ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.040$). Sigara kullananların puanı kullanmayanlara göre düşüktü; bu da onların daha fazla dışa dönük bireyler olduğunu gösteriyordu.

Alkol kullanımı açısından gruplar arasındaki puan farkı da anlamlı değildi.

Cİ öyküsü olan grupta bulunan katılımcıların demografik verileri ile MMPI testlerinin karşılaştırılması Tablo-6'da gösterilmiştir.

Tablo-6. Cİ öyküsü olan grupta demografik verilerle MMPI testinin karşılaştırılması

		L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Yaş	r p	,099 ,494	,069 ,635	,256 ,073	-,136 ,348	,150 ,299	,211 ,141	,100 ,489	-,071 ,624	,028 ,849	,002 ,990	,063 ,664	-,127 ,380	,046 ,749
Md. drn	B	4.9±	15.5±	9.64±	22.0±	30.1±	29.1±	29.4±	31.6±	16.5±	37.0±	42.8±	24.2±	35.2±
		1.98	6.53	3.23	5.38	6.48	5.12	5.53	4.75	4.69	7.32	10.68	4.56	8.79
	E	5.2±	14.4±	11.2±	21.4±	31.2±	28.7±	31.1±	30.3±	17.5±	37.8±	42.2±	22.4±	40.2±
		1.68	9.2	3.92	5.39	6.44	6.85	6.47	4.41	4.48	7.75	12.40	4.11	7.48
Eğt	İ-o	5.8±	19.3±	9.7±	22.1±	32.0±	29.9±	31.8±	30.3±	19.5±	39.8±	48.8±	25.4±	40.1±
		1.25	9.25	3.06	5.81	7.19	6.95	5.97	4.08	3.99	8.27	11.17	3.65	7.62
	L	4.6±	14.2±	9.1±	21.4±	30.5±	28.4±	30.0±	30.8±	17.4±	38.2±	42.0±	24.0±	36.0±
		2.25	6.73	3.35	5.05	5.99	4.99	5.68	5.42	4.73	6.35	9.47	4.25	7.02
	Ü	4.5±	12.3±	11.5±	21.8±	29.3±	28.7±	28.5±	32.0±	14.2±	34.6±	37.8±	21.6±	35.4±
		1.80	5.15	3.84	5.42	6.13	5.47	5.88	4.46	3.58	6.93	10.58	4.64	10.12
Mslk	İ/E	5.1±	17.4±	9.8±	22.5±	31.3±	30.4±	32.7±	31.2±	18.1±	37.9±	46.1±	24.7±	37.8±
		1.72	8.50	3.89	5.60	6.26	6.22	3.44	5.03	4.42	7.14	9.98	3.37	9.77
	İ/M	5.1±	12.5±	12.7±	21.0±	29.5±	27.3±	28.5±	29.8±	17.1±	35.6±	38.5±	22.0±	36.3±
		1.99	6.98	2.86	5.42	7.32	6.05	7.17	2.08	4.87	8.76	13.73	4.71	6.87
	Öğr	4.7±	14.1±	9.0±	21.5±	30.2±	28.4±	27.8±	32.0±	15.1±	37.9±	41.0±	23.2±	36.8±
		2.02	6.35	2.73	5.16	6.22	4.82	6.31	5.35	4.30	7.02	10.10	5.23	8.57
Aile Psk Hst	Yok	4.7±	15.3±	9.9±	22.3±	30.7±	28.7±	29.7±	30.7±	17.0±	38.0±	42.8±	24.0±	37.6±
		1.76	8.46	3.39	4.22	5.79	5.51	5.57	4.98	4.86	6.82	11.4	4.01	7.25
	Var	5.3±	14.9±	10.5±	21.2±	30.4±	29.4±	30.5±	31.6±	16.8±	36.6±	42.2±	23.0±	36.5±
		1.98	6.63	3.78	6.46	7.22	6.16	6.35	4.20	4.36	8.16	11.2	4.94	10.10
Sigar	Yok	4.3±	15.8±	9.2±	22.9±	32.2±	29.4±	29.6±	32.2±	18.6±	39.8±	44.6±	21.9±	40.9±
		1.79	4.86	4.02	4.87	4.73	4.50	6.41	5.49	3.59	5.23	7.71	3.65	5.70
	Var	5.3±	14.8±	10.6±	21.3±	29.8±	28.8±	30.2±	30.7±	16.1±	36.3±	41.7±	24.2±	35.5±
		1.84	8.56	3.29	5.34	6.96	6.29	5.75	4.20	4.81	8.03	12.45	4.61	9.18
Alkol	Yok	5.2±	13.8±	10.7±	21.2±	30.5±	28.4±	29.6±	30.7±	16.5±	36.8±	41.2±	23.0±	37.5±
		1.80	5.52	3.99	5.29	5.5	5.98	6.05	5.03	3.78	6.62	9.99	4.24	7.32
	Var	4.6±	17.3±	9.4±	22.7±	30.6±	29.9±	30.7±	31.8±	17.5±	38.3±	44.7±	24.4±	36.5±
		1.97	9.93	2.61	5.44	7.86	5.45	5.73	3.89	5.73	8.69	13.02	4.73	10.56

Cİ öyküsü olmayan gruptaki katılımcıların yaşları ile MMPI testi karşılaştırıldığında ilişki bulunanlar; F (r; -,499), K (r; ,297), Pa (r; -,409), Pt (r; -,328), Sc (r; -,313) ve Ma (r; -,320) alt ölçekleriydi.

Katılımcıların yaşı arttıkça; düşünce içeriğinde kısıtlılık, yargılama bozukluğu ve intihar düşüncesinde azalma olduğu görülmüştür. Yaş artımı ile ego güçlülüğü paralel seyretmektedir. Daha düşük yaşlarda; tutum ve fikirlerde aşırı katılık; uyumsuz davranışları yapmaktan kendini alıkoyamama; sosyal yabancılaşıma, aile ilişkilerinde kopma, kendilik değeri ve kimlikle ilgili kuşkular ile duygulanımda artış, grandiyozite ve benmerkezcilik görüldüğü anlaşılmıştır.

Medeni durumla yapılan karşılaştırmada ise; L (p=0.018), F (p=0.004), D (p=0.025), Pd (p=0.016), Pt (p<0.001) ve Sc (p=0.007) alt testleri puanları farkı anlamlı tespit edildi.

Evlilerin L puanları bekarlara göre anlamlı derecede yüksekti, bekar katılımcılar testi yanıtlarken daha dürüst ve samimi davranmışlardı. F puanında ise bekarların sonuçları daha yüksek bulundu bu da dikkati toplama sürelerinin daha kısa ve yargılamalarının daha kötü olduğunu göstermektedir. Dikkat çeken bir sonuçta istismara uğramayan gruptaki bekar kadınların depresyon puanlarının anlamlı derecede yüksek bulunmasıydı.

Bu grupta bulunan bekar kadınların evlilere göre Pa, Pt ve Sc (psikotik üçlü) ile Pd alt testlerinin ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulundu. Bekar bireylerin tutum ve fikirlerinde aşırı katılık, uyumsuz davranışları yapmaktan kendini alıkoyamama, sosyal yabancılaşıma, aile ilişkilerinde kopma, kendilik değeri ve kimlikle ilgili kuşkular ile genel sosyal uyumsuzluk özelliklerini daha fazla taşıdığı görülmüştür.

Eğitim ile MMPI test sonuçlarının karşılaştırılması incelendiğinde; sadece L geçerlilik alt testi anlamlı bulundu (p=0.010). Okuryazar olmayan+ilkokul+ortaokul mezunu olan kategorideki kadın hastaların puanları diğer iki kategoridekilere göre anlamlı derecede yüksekti. Bu hastalar testi yanıtlarken daha az dürüst ve samimi cevap vermişlerdi.

İstismar öyküsü bulunmayan katılımcıların mesleklerine bakıldığında; F ($p<0.001$) geçerlilik alt testi ile psikotik üçlü alt testlerinde (Pa, Pt ve Sc) gruplar arasındaki fark anlamlı idi ($p=0.001$, $p=0.003$ ve $p=0.005$). Bu alt testlerin tümünde öğrenci kategorisindeki bireylerin puanlarının diğer kategorilerdeki bireylerden anlamlı derecede yüksek olması; öğrencilerin dikkati toplama sürelerinin daha kısa ve yargılamalarının daha kötü olduğunu, tutum ve fikirlerinde aşırı katılık olduğunu, uyumsuz davranışları yapmaktan kendini alıkoyamadıklarını, sosyal yabancılaşımlarının, aile ilişkilerinde kopmanın, kendilik değeri ve kimlikle ilgili kuşkuları ile genel sosyal uyumsuzluklarının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Ailelerinde psikiyatrik hastalık olması ve katılımcılarda ek hastalık olması ile yapılan karşılaştırmalarda hiçbir alt testin puan farkları anlamlı bulunmamıştır.

Sigara kullanımında ise L ($p=0.023$) ve Pd ($p=0.031$) puanları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir. Sigara kullanan katılımcılar soruları cevaplamada daha dürüst ve samimi davranırken, genel sosyal uyumsuzlukları kullanmayanlara göre daha kötü bulunmuştur.

Alkol kullanımında ise anlamlı bulunan ilişkilendirme L ($p=0.006$) ve K ($p=0.041$) geçerlilik alt testlerinde görülmüştür. Alkol kullananlar daha dürüst ve samimi yanıtlar verirken ego güçleri kullanmayanlara göre daha düşüktür.

Cİ öyküsü olmayan gruptaki katılımcıların demografik verileri ile MMPI testlerinin karşılaştırılması Tablo-7’de gösterilmiştir.

Tablo-7. Cİ öyküsü olmayan grupta demografik verilerle MMPI testinin karşılaştırılması

		L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Yaş	r p	,261 ,067	-,499 ,000	,297 ,036	-,101 ,487	-,239 ,094	-,173 ,229	-,259 ,069	,012 ,935	-,409 ,003	-,313 ,020	-,320 ,024	-,320 ,024	-,192 ,181
Mdn drn	B	5,3± 2.27	13.2± 6.48	10.7± 4.45	21.6± 5.73	29.6± 7.12	28.9± 6.94	28.6± 5.78	33.0± 3.55	15.9± 4.10	38.2± 8.22	38.9± 10.44	22.6± 5.21	35.4± 10.1
	E	6.8± 2.04	8.4± 4.46	12.3± 3.28	20.1± 4.96	25.5± 5.37	26.5± 6.03	26.4± 5.95	31.2± 3.81	12.2± 3.52	30.1± 6.72	30.8± 9.77	21.3± 4.99	31.0± 8.87
	İ-o	8.1± 1.36	8.2± 2.90	13.3± 4.09	19.8± 4.22	28.6± 5.87	26.8± 5.71	26.6± 4.55	32.5± 1.87	13.8± 3.37	34.1± 7.14	34.8± 6.17	20.4± 4.06	33.7± 9.06
	L	5.8± 1.81	10.9± 4.54	10.8± 2.86	20.4± 4.73	28.5± 6.35	28.7± 6.74	26.8± 6.04	32.1± 3.18	13.6± 3.72	34.1± 7.57	35.3± 9.26	22.2± 3.57	36.5± 9.02
Eğt	Ü	5.6± 2.51	11.3± 7.52	11.5± 4.45	21.6± 6.19	26.0± 6.50	27.0± 6.76	26.0± 6.54	31.7± 4.71	14.3± 4.90	33.4± 9.75	33.8± 13.3	22.2± 6.36	30.1± 8.87
	İ/E	6.7± 1.81	7.6± 3.73	13.8± 3.84	19.4± 2.68	26.7± 6.69	26.3± 3.67	26.1± 5.06	33.1± 2.53	12.1± 3.03	33.0± 7.53	31.7± 8.08	19.6± 4.86	30.2± 9.15
	İ/M	6.6± 2.01	9.1± 4.96	11.4± 2.98	20.6± 5.35	25.6± 6.06	27.0± 6.74	24.7± 6.15	31.1± 4.74	13.0± 3.55	30.4± 7.71	31.5± 10.35	21.6± 5.24	31.7± 7.01
	Ö	5.0± 2.68	15.9± 5.96	9.7± 4.33	22.6± 6.91	30.7± 6.18	30.0± 8.01	29.4± 5.66	32.4± 2.79	17.2± 4.44	39.9± 7.39	42.2± 10.62	24.5± 4.01	38.1± 9.70
Aile Psk Hst	Yok	6.2± 2.67	11.1± 7.35	11.3± 4.28	21.4± 5.97	27.2± 6.73	27.8± 6.70	26.2± 6.01	31.1± 3.55	14.2± 4.96	33.5± 9.57	34.3± 13.04	22.0± 5.77	32.4± 9.19
	Var	6.1± 1.65	9.9± 3.43	11.9± 3.42	20.1± 4.40	27.5± 6.35	27.3± 6.38	36.7± 6.00	33.2± 3.77	13.6± 3.01	34.2± 6.89	34.8± 7.24	21.7± 4.17	33.9± 8.58
	Yok	6.1± 2.47	10.8± 6.27	11.2± 3.51	20.7± 5.99	27.1± 6.35	26.7± 7.04	25.7± 6.26	32.2± 3.76	14.0± 4.37	33.3± 8.80	34.0± 11.91	22.2± 5.29	33.2± 8.05
	Var	6.3± 1.54	9.9± 5.02	12.5± 4.87	21.3± 2.78	28.1± 7.13	30.2± 3.76	28.3± 4.62	31.3± 3.84	13.6± 3.77	35.2± 7.39	36.2± 6.69	21.0± 4.49	32.5± 11.25
Sigra	Yok	6.9± 2.25	10.1± 5.62	12.1± 4.00	19.5± 5.23	26.8± 6.55	26.0± 6.94	24.6± 5.85	32.9± 3.10	13.4± 4.08	33.2± 7.00	33.0± 8.98	21.8± 3.88	33.9± 8.97
	Var	5.4± 2.06	11.1± 6.32	11.1± 3.81	22.2± 5.18	27.9± 6.54	29.2± 5.71	28.2± 5.59	31.2± 4.21	14.5± 4.31	34.4± 9.76	36.1± 12.3	22.0± 6.13	32.2± 8.88
Alkol	Yok	6.8± 2.14	9.8± 4.80	12.4± 3.96	20.6± 5.15	27.2± 5.94	27.5± 6.85	26.0± 5.51	32.4± 3.24	13.7± 3.38	33.3± 6.93	33.9± 8.67	21.6± 4.52	33.1± 8.62
	Var	5.0± 2.03	12.0± 7.66	10.0± 3.34	21.3± 5.77	27.6± 7.67	27.9± 5.97	27.1± 6.85	31.2± 4.63	14.4± 5.53	34.8± 10.94	35.8± 14.25	22.3± 6.15	32.9± 9.61

4.5. İstismar olayından geçen süre ile COPE alt ölçekleri karşılaştırılması

Cinsel istismar öyküsü bulunan kadınların istismara maruz kaldıktan çalışmamıza katıldıkları zamana kadar geçen süre incelendiğinde; 50 kadın hastadan 18'inde (% 36) ortalama 0-9 yıl geçtiği, 15'inde (% 30) 10-19 yıl geçtiği ve 17'sinde (% 34) 20-29 yıl geçtiği tespit edilmiştir.

İlk gruptaki katılımcılardan % 44,4'ü, ikinci gruptakilerin % 40'ı ve son gruptakilerin % 52,9'u psikiyatrik rahatsızlıkları ile maruz kaldıkları Cİ'yi ilişkilendirmişlerdir. İstismarın üzerinden 20 yıldan uzun süre geçen kadın hastaların yarısından fazlasının rahatsızlıkları ile istismar arasında bağlantı kurmuş olması dikkat çekicidir.

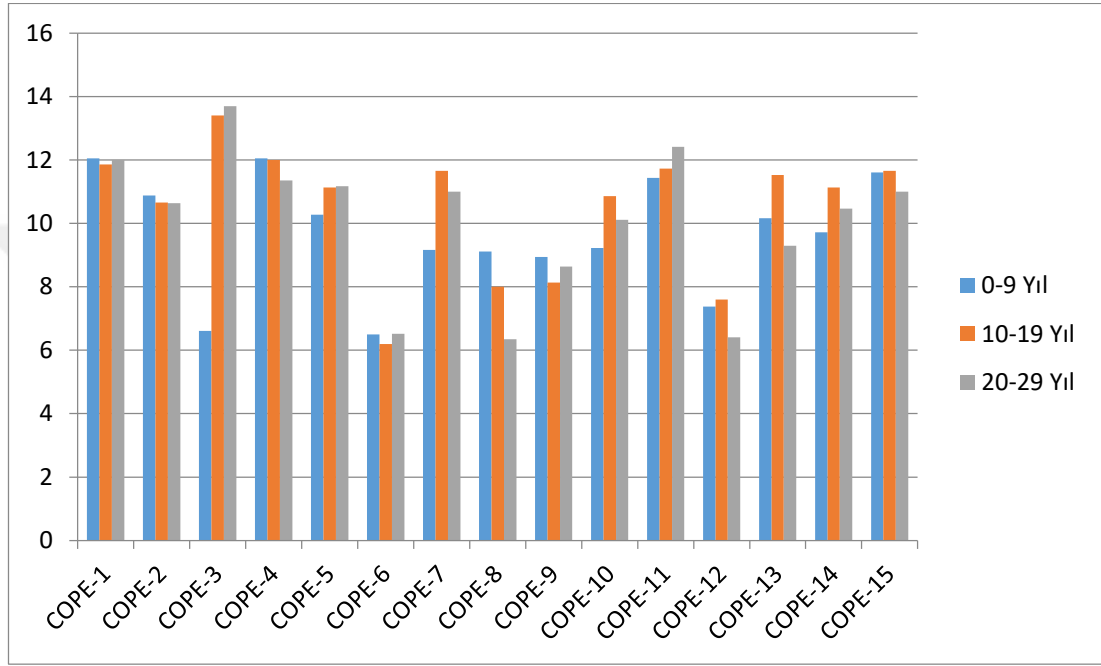
İstismarın üzerinden geçen süre ile COPE alt ölçekleri karşılaştırıldığında; COPE-1, COPE-2, COPE-4, COPE-6, COPE-9, COPE-12 ve COPE-15 alt ölçekleri benzer bulunmuştur.

Yaşadığı olaydan ortalama 0-9 yıl geçen katılımcılarda; şakaya vurma (COPE-8) başa çıkma yöntemi fazla çıkarken, duyguları açığa vurma (COPE-3), aktif başa çıkma (COPE-5), geri durma (COPE-10) ve soruna odaklanma (COPE-14) başa çıkma yöntemleri diğer gruplara göre düşük çıkmıştır.

Dini olarak başa çıkma (COPE-7) ve duygusal sosyal destek kullanımı 10 ve 20 yıldan fazla süre geçen gruplarda 9 yıldan az süre geçen gruba göre fazla bulunmuştur.

İstismar olayından bu yana 20 yıldan fazla bir zaman geçmesine rağmen bu katılımcıların kabullenme (COPE-13) başa çıkma yöntem puanlarının diğer katılımcılara göre düşük çıkması ilgi çekici bulgulardandır.

Katılımcıların istismara uğramaları ile çalışmamıza katıldıkları zamana kadar geçen süreye göre COPE alt ölçek puanları Şekil-2’de gösterilmiştir.



Şekil-2. Katılımcıların istismara uğramaları ile çalışmamıza katıldıkları zamana kadar geçen süreye göre COPE alt ölçek puanları

4.6. COPE ve MMPI Ölçeklerinin Birbiriyle Karşılaştırılması

Cİ olan grupta katılımcılara uygulanan MMPI ve COPE ölçekleri ilişkilendirilmesinde r korelasyon katsayısına bakıldığında; COPE-1 (pozitif yeniden yorumlama), COPE-5 (aktif başa çıkma), COPE-9 (davranışsal olarak boş verme) ve COPE-15 (plan yapma) alt ölçekleriyle MMPI alt ölçeklerinin çoğunun arasında daha kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür.

COPE-1 (pozitif yeniden yorumlama) ve COPE-9 (davranışsal olarak boş verme) ile en çok ilişki saptanan MMPI alt ölçeği Şizofreni (Sc) olmuştur. Bu gruptaki ölçek karşılaştırılmasında dikkat çeken bir hususta; işlevsel olmayan başa çıkma tutumları (COPE-3/6/9/12) ile Paranoya (Pa) alt ölçeğinin korelasyon katsayısının yüksek bulunmasıydı (r; 341/436/483/290). Kuşkucu, aşırı duyarlı, tutum ve fikirlerinde katılık bulunan Cİ mağdurları işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını tercih ediyorlardı.

Cinsel istismara uğrayan bireylerin oluşturduğu gruptaki COPE alt ölçekleriyle en az sayıda ilişkili bulunan MMPI alt ölçekleri Hipomani (Ma), Hipokandriasis (Hs), Histeri (Hy) ve Erkeklik-Kadınlık (Mf) testleriydi. En fazla sayıda ilişki bulunanlar ise Paranoya (Pa) ve Sosyal İçedönüklük (Si) alt ölçekleri bulundu.

Aktif başa çıkma (COPE-5) ve plan yapma (COPE-15) başa çıkma tutumları gibi problem odaklı COPE alt ölçekleriyle en fazla ilişkili bulunan MMPI alt ölçeği Sosyal İçedönüklük (Si) olarak tespit edildi (r; -,429/-,422). Dışadönük kişilik özelliği olan Cİ mağduru kadınlar problem odaklı başa çıkma yöntemlerini daha sık kullanılmaktaydı. Ölçeklerin birbiriyle ilişkilendirilmesinde dikkat çeken bir unsurda; Sosyal İçedönüklük (Si) alt ölçeği ile geri durma (COPE-10) alt ölçeği arasındaki ilişkinin kuvvetli olmasıydı (r; ,362). İstismar öyküsü bulunan kadın hastalardan içe dönük kişilik özelliği olanların geri durma baş etme stratejisini fazla kullandığı görüldü.

Cİ öyküsü olan grupta COPE ve MMPI ölçekleri arasındaki ilişkiler Tablo-8’de gösterilmiştir.

Tablo-8. Cİ öyküsü olan grupta COPE ve MMPI ölçekleri arasındaki ilişkiler

		L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	Si
COPE-1	r	,215	-,384	,152	-,418	-,444	-,484	-,475	-,080	-,431	-,446	-,508	-,080	-,475
	p	,134	,006	,293	,003	,001	,000	,000	,583	,002	,001	,000	,580	,000
COPE-2	r	-,072	-,048	,121	-,008	-,153	-,106	-,096	-,078	,052	,096	,025	,108	,038
	p	,622	,741	,402	,959	,289	,463	,508	,590	,718	,509	,865	,457	,791
COPE-3	r	,370	,022	,171	,194	,091	,253	,069	-,385	,341	,142	,119	,035	,086
	p	,008	,877	,236	,177	,529	,077	,636	,006	,015	,324	,410	,809	,553
COPE-4	r	,007	-,140	-,023	-,192	-,077	-,203	-,359	-,077	-,215	-,216	-,297	-,174	-,117
	p	,964	,334	,872	,182	,595	,157	,010	,595	,134	,131	,036	,228	,418
COPE-5	r	,191	-,396	,238	-,320	-,373	-,240	-,235	-,098	-,295	-,420	-,445	-,032	-,429
	p	,184	,004	,096	,024	,008	,093	,100	,499	,037	,002	,001	,826	,002
COPE-6	r	,133	,161	-,186	,076	,189	,115	,084	-,013	,436	,224	,263	,346	,175
	p	,356	,265	,196	,598	,189	,426	,560	,928	,002	,117	,065	,014	,223
COPE-7	r	,257	,053	,045	,215	,070	,210	,100	-,246	,389	,130	,133	,182	,153
	p	,071	,715	,758	,134	,628	,144	,489	,085	,005	,367	,357	,206	,288
COPE-8	r	-,110	,031	-,205	,010	-,113	-,003	-,079	,020	-,210	,030	-,030	,121	-,173
	p	,449	,830	,154	,943	,435	,983	,585	,891	,144	,837	,836	,404	,229
COPE-9	r	,033	,420	-,255	,251	,426	,289	,347	-,136	,483	,478	,501	,215	,330
	p	,818	,002	,074	,079	,002	,042	,013	,345	,000	,000	,000	,133	,019
COPE-10	r	-,013	,197	-,038	,107	,253	,058	,117	,009	,228	,175	,173	-,088	,362
	p	,927	,170	,795	,461	,076	,687	,418	,953	,112	,225	,229	,543	,010
COPE-11	r	,076	-,056	-,088	-,009	-,055	-,009	-,037	-,126	-,028	-,155	-,129	,028	-,106
	p	,601	,702	,543	,950	,702	,953	,796	,384	,847	,284	,373	,847	,462
COPE-12	r	,098	,320	-,225	,203	,247	,253	,189	,065	,290	,142	,253	,187	,065
	p	,500	,023	,115	,157	,083	,077	,190	,652	,041	,327	,077	,193	,652
COPE-13	r	,092	,162	-,132	-,202	,033	-,068	-,044	,188	,052	,107	,059	,121	,043
	p	,527	,262	,359	,159	,819	,641	,764	,191	,719	,458	,682	,402	,765
COPE-14	r	,241	,073	-,037	-,055	,111	,014	-,130	-,285	,099	,023	-,001	-,014	,047
	p	,091	,615	,799	,703	,444	,926	,367	,045	,495	,874	,996	,923	,748
COPE-15	r	,088	-,180	,077	-,345	-,358	-,369	-,298	-,053	-,379	-,413	-,388	,020	-,422
	p	,544	,210	,597	,014	,011	,008	,036	,716	,007	,003	,005	,891	,002

Cİ öyküsü olmayan gruptaki katılımcılara uygulanan MMPI ölçeği ile COPE ölçeği ilişkilendirmesinde r korelasyon katsayısına bakıldığında; COPE-5 (aktif başa çıkma) ve COPE-15 (plan yapma) alt ölçekleriyle Depresyon (D) ve Sosyal İçedönüklük (Si) kişilik özellikleri arasında kuvvetli ilişki olduğu tespit edilmiştir (D için $r = -.530/-,502$; Si için $r = -.592/-,560$).

Cİ öyküsü olmayan depresyon puanları düşük ve dışa dönük kişilik özellikleri bulunan kadınların problem odaklı başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıkları görülmüştür. Altışar olmak üzere en fazla sayıda COPE alt ölçekleriyle ilişki içerisinde olan MMPI alt ölçekleri Depresyon (D) ve Sosyal İçedönüklük (Si) iken, Hipomani (Ma) alt ölçeği hiçbir COPE alt ölçeği ile ilişkilendirilememiştir.

Cİ'ye maruz kalmayan katılımcıların testlerine bakıldığında; COPE-3 (duyguları açığa vurma) ile Histeri (Hy) ($r = ,421$), COPE-6 (inkar) ile Şizofreni (Sc) ($r = ,312$), COPE-13 (kabullenme) ile Erkeklik-Kadınlık (Mf) ($r = -,292$) ve COPE-14 (soruna odaklanma) ile Hipokandriazis (Hs) ($r = -,308$) arasında ilişki tespit edilmiştir. Histeri kişilik özelliğine sahip kadın hastaların duygularını daha çok açığa vurduğu; sosyal yabancılaşıma, kendilik değeri ve kimlikle ilgili önemli kuşku yaşayan kadınların inkar başa çıkma yöntemini daha fazla tercih ettiği; geleneksel kadın rolünü benimseyenlerin kabullenmeyi seçtiği; soruna odaklanıp diğer meşguliyetlerini bastıran kadınların daha az hipokondriyak belirti gösterdiği görülmüştür.

COPE-2 (zihinsel boş verme) ve COPE-9 (davranışsal boş verme) alt ölçekleri ile Frekans (F) alt ölçeği arasında ilişki bulunmuştur ($r = ,284/ ,309$). İstismar olmayan gruptaki katılımcılardan zihinsel ve davranışsal boş verme yöntemlerini kullananların MMPI testini doldururken dikkatlerini toplama sürelerinin daha kısa olduğu görülmüştür.

Plan yapma (COPE-15) alt ölçeği ile Düzeltme (K) alt ölçeği arasında da ilişki bulunmuştur ($r = ,362$). Bu grupta bulunan ego gücü yüksek kadınların daha sık plan yapma baş etme stratejisini kullandığı görülmüştür.

Cİ öyküsü olmayan grupta COPE ve MMPI ölçekleri arasındaki ilişkiler Tablo-9'da gösterilmiştir.

Tablo-9. Cİ öyküsü olmayan grupta COPE ve MMPI ölçekleri arasındaki ilişkiler

		L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	Sİ
COPE-1	r	,232	-,237	,209	-,128	-,397	-,190	-,290	-,175	-,171	-,379	-,312	-,040	-,405
	p	,105	,098	,145	,375	,004	,186	,041	,225	,235	,007	,028	,782	,003
COPE-2	r	-,187	,284	-,246	,129	,043	-,026	-,023	-,028	,182	,088	,188	,193	,120
	p	,194	,045	,085	,371	,764	,857	,875	,846	,207	,542	,191	,179	,407
COPE-3	r	-,166	,074	-,159	,142	,232	,421	,273	,147	,164	,205	,167	,055	,199
	p	,250	,608	,271	,324	,105	,002	,055	,308	,255	,153	,247	,704	,166
COPE-4	r	,048	-,103	,070	-,142	-,095	-,076	-,191	,253	-,127	,003	-,174	-,113	-,219
	p	,742	,477	,630	,326	,511	,599	,184	,076	,379	,981	,226	,433	,127
COPE-5	r	,257	-,232	,269	-,099	-,530	-,165	-,317	,114	-,242	-,433	-,402	,152	-,592
	p	,072	,106	,059	,494	,000	,252	,025	,430	,090	,002	,004	,293	,000
COPE-6	r	,056	,212	-,201	,010	,195	,022	,061	-,132	,234	,148	,312	,102	,240
	p	,699	,140	,161	,943	,174	,880	,674	,361	,102	,304	,027	,480	,093
COPE-7	r	,304	,071	,089	,365	,117	,221	,085	-,123	,299	,212	,181	,204	,032
	p	,032	,625	,539	,009	,419	,123	,558	,396	,035	,139	,209	,155	,823
COPE-8	r	-,292	,111	-,037	,066	-,336	-,130	-,009	,099	-,012	,175	-,039	,201	-,476
	p	,040	,443	,799	,651	,017	,367	,952	,495	,934	,223	,790	,163	,000
COPE-9	r	-,142	,309	-,222	,051	,385	,228	,266	-,105	,209	,386	,390	,039	,484
	p	,324	,029	,122	,725	,006	,112	,062	,467	,145	,006	,005	,786	,000
COPE-10	r	-,044	,123	-,097	,165	,120	,220	,046	,115	,143	,186	,212	,184	,089
	p	,762	,393	,502	,253	,406	,125	,751	,427	,323	,197	,140	,202	,539
COPE-11	r	-,129	-,047	-,036	-,084	,032	,024	-,117	,285	,091	,122	-,150	,044	-,021
	p	,374	,745	,805	,560	,827	,871	,419	,045	,531	,397	,731	,760	,886
COPE-12	r	-,141	,121	-,133	,225	,329	,275	,388	-,129	,105	,314	,220	-,049	,301
	p	,330	,404	,356	,117	,020	,053	,005	,372	,469	,026	,125	,735	,034
COPE-13	r	,116	-,070	-,020	-,001	,066	-,098	-,050	-,292	-,056	-,122	-,060	,086	,025
	p	,423	,628	,893	,996	,650	,499	,728	,040	,700	,400	,679	,550	,864
COPE-14	r	,103	-,028	-,109	-,308	,079	-,059	-,071	,075	,026	,111	-,008	-,012	,076
	p	,479	,846	,450	,029	,585	,684	,623	,603	,860	,442	,954	,936	,600
COPE-15	r	,128	-,336	,362	-,221	-,502	-,189	-,196	,130	-,425	-,385	-,404	,035	-,560
	p	,376	,017	,010	,123	,000	,188	,172	,370	,002	,006	,004	,809	,000

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatri kliniğine başvuran cinsel istismar öyküsü bulunan ve bulunmayan kadın hastaların sosyodemografik özellikleri ve kişilik özellikleri ile başa çıkma tutumlarının karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen Cİ öyküsü olan 50 kadın hastanın oluşturduğu grup ile Cİ öyküsü olmayan 50 kadın hastanın oluşturduğu grup karşılaştırılmıştır.

5.1. Demografik Veri Bulgularının Değerlendirilmesi

Cinsel istismara maruz kalma her yaşta görülebilirken, maruz kalanların psikiyatri kliniklerine başvurmaları da erken veya geç dönemde olabilmektedir. Çalışmamızda kliniğe başvuran kadınlarla yapılan görüşmelerde cinsel istismar öyküsü bulunan kadınlar 18-46 yaş aralığındaydı. Bu da özellikle polikliniklere başvuran her yaştaki kadın hastada istismar sorgulanmasının uygunluğunu göstermektedir.

Dünya genelinde her türlü toplumda yaşayan her yaştan, eğitimden, meslekten insanlar istismar mağduru olabilirler. Çalışmamızda bulunan gruplarda farklı medeni durumları, eğitimleri ve meslekleri olan katılımcılar bulunmaktaydı. Medeni durum açısından gruplar arasında farklılık yoktu, her iki grupta da evli ve bekar katılımcılar bulunmaktaydı.

Demografik değişkenlerden eğitim seviyeleri incelendiğinde; istismara maruz kalan hastaların % 32'si ortaokul ve daha aşağı düzeyde eğitim görmüşken % 68'i lise ve daha üstü düzeyde eğitim görmüşlerdi. Diğer grupta ise bu oranlar %18' e %

82'ydi. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark olmasa da Cİ öyküsü olan gruptaki kadınların eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu görülmekteydi. 2004 yılında yapılan bir çalışmada Cİ'ye maruz kalan katılımcılardan eğitim düzeyi daha düşük bulunanların oranı % 43 olarak bulunmuştur. Aynı yıl yapılan başka bir çalışmada ise; Cİ grubundaki bireylerde okur-yazar oranı % 18,5 bulunurken düşük eğitim seviyeli katılımcıların oranı % 60 olarak tespit edilmiştir (106). Bu çalışmalara göre çalışmamızda eğitim seviyeleri düşük olanların oranının daha az çıkması; toplumumuzda psikiyatri kliniklerine başvuran bireylerin eğitim seviyelerinin daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışma durumlarına bakıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ama istismar grubunda gelir karşılığında çalışanların oranı % 24 iken diğer grupta % 44'tü. Bu da istismara uğrayan kadınların olduğu grubun sosyoekonomik durumunun neredeyse yarı yarıya daha kötü olduğunu gösteriyordu. 2004 yılında yapılan araştırma sonucunda Peleikis ve arkadaşlarının elde ettiği verilerde; Cİ'ye maruz kalan katılımcılarda işsiz olanların oranının %47, ücret karşılığı çalışanların oranının %53 bulunmuştur (106).

Çocukluk çağında yaşanan cinsel istismarın ruhsal olarak; çocukluk ve ergenlikte görülebilen erken dönem etkileri olduğu gibi erişkinlik döneminde görülebilen geç dönem etkileri de olmaktadır. Çalışmamızda erişkin hastalara yer verildiği için istismarın geç dönem etkileri üzerinde durulmuştur. Cinsel travmanın erişkinlikte ortaya çıkabilen ruhsal etkileri; depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozuklukları, davranışsal ve sosyal bozukluklar, kişilik bozuklukları ve alkol-madde kötüye kullanımı gibi sorunlardır. Ergenlik ve erişkinlik döneminde cinsel kötüye kullanıma maruz kalan bireylerde de olay sonrası akut stres bozukluğundan travma sonrası stres bozukluğuna kadar geniş bir yelpazede ruhsal rahatsızlıklar görülebilmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada istismara maruz kalan bireylerin %75'inde psikiyatrik problemler olduğu bulunmuştur (107).

Çalışmamıza katılmayı kabul eden katılımcılarla yapılan görüşmeler sırasında katılımcılardan Cİ öyküsü bulunan grubun yarısında anksiyete bozuklukları (Yaygın anksiyete bozukluğu, TSSB, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi), % 18'inde depresif bozukluklar, % 12'sinde bipolar bozukluk, % 2'sinde

psikotik bozukluk ve kalan % 18'inde diğer rahatsızlıklar (uyku bozukluğu, yeme bozukluğu vb) görülmüştür. Gruptaki kadınların psikiyatrik rahatsızlıklarının yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünü depresif ve anksiyete bozuklukları oluşturuyordu. 2004 yılında Fas'ta yapılan bir çalışmada; çocuklukta cinsel kötüye kullanım öyküsü olan erişkin kadınlarda katılımcıların yaklaşık % 41'inde depresif belirtiler, % 34'ünde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir (108). Diğer grupla istatistiksel olarak psikiyatrik tanılar açısından farklılık bulunmadı. Sadece Cİ öyküsü olan grupta anksiyete bozuklukları (%50) olmayan gruba (% 36) göre daha fazlaydı. Çalışmalarda çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bulunan bireylerde bulunmayanlara oranla yetişkinlikte daha fazla obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi gibi anksiyete bozukluklarının olduğu tespit edilmiştir (109). Anksiyete belirtileri; korku, bedensel şikayetler, uyku bozukluğu ve kabuslar olarak da görülebilmektedir. Cİ öyküsü bulunan erişkinlerle yapılan bir çalışmada; katılımcıların çoğunda depresyon ve anksiyete bozukluğu bulunduğu saptamıştır (44). Anksiyete bozukluğu tanısı ile izlenen hastalarda yapılan bir çalışmada ise bu hastalardaki çocukluk çağı Cİ oranının % 45 olduğu gösterilmiştir (44). Diğer bir çalışmada ise istismar mağduru erişkinlerin % 64'ünde ilerleyen zamanlarda depresyon geliştiği belirtilmiştir (110).

Sigara, alkol ve madde kullanımı travma sonrası bireylerin en sık başvurduğu kaçınma ve baş etme yöntemlerinin başında yer almaktadır. Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen Cİ'ye maruz kalan katılımcıların maruz kalmayanlara göre daha fazla sigara (% 70'e %50), alkol (%38'e %34) ve madde (% 4'e % 0) kullandığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada Cİ'ye maruz kalmış ergenlerin daha fazla oranda alkol-madde kullandığı belirlenmiştir (111). Ergenlerle yapılan bir diğer çalışmada ise; istismara maruz kalan ergenlerde kalmayanlara göre sigara, alkol ve madde kötüye kullanımının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (34). 12 araştırmanın derlendiği bir yazıda da; alkol kullanımı tedavisi alan bireylerde yapılan taramada çocuklukta Cİ'ye uğrama oranının % 20 ile % 84 arasında değiştiği görülmüştür (34).

5.2. Cinsel İstismar Özellikleri Bulgularının Değerlendirilmesi

Cinsel istismarın özellikleri değerlendirildiğinde ilk incelenen değişken katılımcıların istismara maruz kaldıkları yaş aralığı oldu. Cİ öyküsü olan 50 katılımcının % 6'sı ilk 6 yaşta, % 50'si 7-14 yaş aralığında, %26'sı 15-17 yaş aralığında ve % 18'i de 18 yaş ve sonrasında istismara maruz kalmıştı. Bu konudaki çalışmaların çoğunluğunda en sık ergenlik öncesi dönem olan 8-12 yaş aralığını kapsayan pre-adölesan dönemde istismarın arttığı gösterilmiştir (112). Ülkemizde 2004 yılında yapılan bir çalışmada ilk defa Cİ' ye maruz kalmanın 12 yaşının altında olduğu ve maruz kalan çocuklarının genelde 6-12 yaş aralığında bulunduğu vurgulanmıştır (113). Macaristan'da 15 yılı kapsayan bir araştırmada Cİ'ye uğrayan kız çocuklarının % 41'i 15 yaş üzerinde, % 47'si 11-14 yaş aralığında ve % 12'si de 10 yaş ve altında Cİ'ye uğradıkları tespit edilmiş (114). Çalışmamıza katılan kadın hastaların çoğunluğunun pre-adölesan ve adölesan çağında istismara uğraması literatürde belirtilen yaş aralıklarını destekler nitelikteydi.

İleriki yıllarda ruhsal rahatsızlıkların oluşumunda istismarın türünün de önemli olduğu vurgulanmıştır. Çalışmamızda istismara uğrayan kadınların % 58'i dokunma yoluyla % 42'si ise ilişki yoluyla istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Finkelhor, istismarın en fazla görülen türünün dokunma şeklinde olduğunu ifade etmiştir (115). Ülkemizde yapılan bir araştırmada; Cİ'ye maruz kalan çocuklarda dokunma şeklinde istismarın % 45,7, ilişki şeklinde istismarın %43,3 olduğu tespit edilmiştir (107). ABD'de çocuk cinsel istismarı olgularının yarısının penetrasyon yoluyla gerçekleştiği belirtilmektedir (116). Cİ öyküsü olan kadınlarla yapılan bir çalışmada olguların % 53'ünün penetrasyon ve % 47'sinin penetrasyon harici istismara uğradığı belirtilmiştir (106). Lieratürde belirtilen oranlar çalışmamızla uyumluydu.

İstismarın ruh sağlığına olumsuz etkilerine neden olan etmenlerden bir diğeri de yaşanan istismarın sıklığıdır. Katılımcılarımızdan bir defa istismara uğrayanlar grubun % 38'ini, 2-5 defa uğrayanlar % 48'ini ve 5'den fazla uğrayanlar ise %

14'ünü oluşturunyorlardı. 2009 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada bir defa Cİ'ye maruz kalanların % 60 kronik olarak maruz kalanların % 40 olduğu belirtilmiştir (66). 2006 yılında gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da bir defa istismara uğrama oranının % 57 olduğu gösterilmiştir (117). Macaristan'da yapılan uzun süreyi kapsayan bir araştırmada, istismara bir defa uğrayan çocukların oranı % 79 iken birden fazla uğrayan çocukların oranı ise % 21 olarak tespit edilmiştir (114). Literatürdeki çalışmalarda bir defa maruz kalanların oranının çalışmamıza göre daha yüksek olmasının nedeni, bu çalışmaların daha çok çocuk ve ergenlerde yapılmasına bağlandı. İstismara uğrayan çocukların erişkin yaşlarda da istismara açık olmaları nedeniyle erişkin yaşlarda istismara uğrama sayısında artma olabilmektedir.

Yaşadığı travmayı hiç kimseyle paylaşmayan kadınların oranı % 30 bulunurken paylaşan kadınlar ise grubun % 70'ini oluşturuyordu. 2004 yılına ait Cİ'ye uğrayan 36 ergenle yapılan bir çalışmada; 7 kişi olayı kimseyle paylaşmamış, diğerleri ise genel olarak arkadaşlarıyla paylaşmıştı (115). Smith ve arkadaşlarının çocukluk çağında tecavüze uğrayan erişkin kadınlarla yaptıkları araştırmada; yaşadığı olayı kimseyle paylaşmayanların oranı % 28 olarak bulunmuş, birisiyle paylaşanlardan % 47'si olaydan en az beş yıl geçtikten sonra açıklayabilmişlerdir (9).

Çalışmamıza katılan kadın hastaların % 78'i istismar edenin bir tanıdıkları olduğunu beyan etmişlerdir. Çocukluk çağında istismar genelde çocuğun aile üyelerinden, yakın akrabalarından veya daha önceden tanıdığı biri tarafından gerçekleştirilmektedir (115). Türkiye'de adli muayene için yönlendirilenlerle yapılan bir araştırmada; çocuk ve ergenlerin % 78'inin bir tanıdığı tarafından istismar edildiği bulunmuş (41). Adli olarak bildirilen Cİ olguları incelendiğinde, % 75'inde istismarcı çocuğun tanıdığı bir kişidir (106). Yapılan araştırmalarda istismar edenlerin tanıdık olma oranları Meksika'da % 86, Kenya'da % 82 ve Almanya'da % 71 olarak tespit edilmiştir (30). Literatürdeki oranlarla çalışmamızdaki oranlar birbirine çok yakın bulunmuştur.

Klinik araştırmalar, Cİ'ye uğrayan bireylerin çoğunun olaydan dolayı kendilerini sorumlu tuttuklarını ve suçladıklarını göstermiştir (115). İstismar öyküsü bulunan kadınlardan cinsel kötüye kullanım yaşantısından dolayı kendisini

suçlayanların oranı % 56 olarak tespit edilmiştir. Olayın üstünden uzun süre geçmesinin nispeten bu oranın düşük kalmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık yarısı yaşadığı istismar olayı ile psikiyatri kliniğine başvurması arasında bağlantı olduğu düşünmekte idi. Yazın içerisinde bir sonraki bölümde bu hastaların ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmıştır.

5.3. Cinsel İstismar ile Psikiyatriye Başvuru İlişkisinin Değerlendirilmesi

İstismar grubunda yer alan 50 hastanın 24 tanesi yaşadığı olay ile psikiyatriye başvurması arasında bağlantı olduğunu iletirken 26 hasta olmadığını iletmiştir. Bağlantı olduğunu düşünen hastaların 14 tanesi görüşme anında depresyon ve anksiyete ile takip edilirken diğer grupta bu sayı 20 idi. 6 hasta psikoz ve bipolar bozuklukla seyrederken bağlantı olmayanlarda bu tanıyla izlenen sadece 1 hasta vardı. Bu da kliniğe başvuran hastalardan sadece depresyon ve anksiyete tanılarıyla izlenenlerde değil psikotik ve bipolar bozuklukla takip edilen hastalarda da cinsel istismarı sorgulamanın ne kadar önemli ve gerekli olduğunu göstermektedir.

İstismara uğrama yaşı açısından hastalar arasında fark sadece ilk 6 yaş aralığında uğrayanlar da vardı. İstismarla başvurusu arasında ilişki olmadığını düşünenlerden 3 kişi ilk 6 yaşta CI'ye maruz kalırken ilişki olanlarda bu yaş aralığında kimse maruz kalmamıştı. Bu durum yazında belirtilen ileri yaşta özellikle ergenlik öncesi ve ergenlik döneminde istismara maruz kalan bireylerde ruhsal rahatsızlık oluşma olasılığının yüksek bulunması ile açıklanabilmekteydi.

İstismar türü ve sıklığı değerlendirildiğinde; olay ile ruhsal rahatsızlığı arasında bağlantı bulunanlarda ilişki yoluyla istismar oranı % 70,8 iken diğerlerinde % 15,3'tü. Çalışmalar cinsel kötüye kullanımın penetrasyon içermesinin ruhsal bozukluk gelişme olasılığını artırdığını göstermektedir (118). Ülkemizde istismar

vakalarıyla yapılan bir araştırmada ilişki yoluyla Cİ oranının TSSB gelişen hastalarda %73,8, depresyon gelişenlerde % 84,6 ve uyum bozukluğu gelişenlerde % 83,3 bulunmuştur (22).

İstismarcının tanıdık olması bağlantı olduğunu düşünen katılımcılarda % 87,5 iken diğerlerinde % 69,2 bulundu. Tanıdık birisi tarafından Cİ'ye maruz kalan kadınların yaşadıkları travmadan dolayı psikiyatriye başvurma olasılıkları daha fazla olarak yorumlandı. Literatürde özellikle istismar eden kişi ile duygusal yakınlığı olan çocuklarda daha sık içe yönelim problemleri görüldüğü belirtilmektedir (119).

Çalışmamızda yaşadığı olay nedeni ile kendisini suçlayan kadınların oranı; psikiyatriye başvurularında istismarla ilişki olduğunu düşünenlerde % 79,1, olmadığını düşünenlerde % 34,6 olarak tespit edilmiştir. Oranlar arasındaki ciddi fark; kliniğe başvuran istismar hastalarında hastanın kendisini yaşadığı travmadan dolayı sorumlu tutmasını ve suçlamasının tedavi sürecinde konuşulması gerekliliğini ortaya koymuştur.

5.4. COPE Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi

Bireyleri ağır stres yaşantılarının oluşturacağı ruhsal travmalardan koruma amacı taşıyan, belirtileri azaltmaktan ziyade üstesinden gelmeye faydalı olan yöntemler başa çıkma tutumlarını oluşturur. Kültürel olarak toplumlarda farklı yöntemler olabilsen de genelde bu yöntemler problem odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri olarak bilinirler.

Çalışmamızda başa çıkma tutumlarını değerlendirme alt ölçeklerinden gruplar arası ortalamaları farklı istatistiksel olarak anlamlı bulunanlar; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif başa çıkma ve dini olarak başa çıkma yöntemleri oldu. Bu üç yöntemde de istismar grubunun puanları daha düşük bulundu. İstismara maruz kalan kadınların “pozitif yeniden yorumlama” başa çıkma yönteminin (olumlu

düşünme ve önceki tecrübelerinden yararlanmasının) ve “aktif başa çıkma” yönteminin (sorunlarla uğraşmak için konsantre olup ek ilave şeyler yapmak için çaba sarf etme) zayıf olduğu bulunmuştur. Problem odaklı başa çıkma yöntemlerinden olan aktif başa çıkma; strese adaptasyon süreçleriyle bağlantılıdır. Bu yöntemi tercih eden ergenlerde depresif şikâyetlerin daha seyrek tespit edildiği belirtilmiştir (120). TSSB ve depresyonda da görülen olumlu düşünememe, konsantre olamama, enerji kaybı, ilgi kaybı gibi belirtilerden dolayı istismar öyküsü olan kadınların bu başa çıkma yöntemlerini sık kullanamadıkları düşünülmüştür.

COPE ölçeğinin üç ana alt testi incelendiğinde; istismar öyküsü bulunmayan kadın hastaların problem ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandıkları, istismar öyküsü bulunan kadın hastaların ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmacılar, en fazla yöntemi kullananın değil en uygun yöntemi kullananın ruhsal rahatsızlıklardan kendisini daha iyi koruduğunu belirtmişlerdir (87). Genellikle stres sonrası dönemde en faydalı olanın ise problem odaklı ve duygu odaklı baş etme stratejilerinin birlikte kullanıldığı durumların olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda da istismara maruz kalmayan katılımcıların bu iki baş etme yöntemini daha fazla kullanmış olduğu görüldü ve bu yüzden bu bireylerde psikiyatrik hastalıkların görülme ihtimalinin daha düşük olduğu düşünüldü. Cİ’ye uğrayan katılımcıların ise işlevsel olmayan yöntemleri tercih ettikleri ve bu durumdan dolayı da bu bireylerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimalinin arttığı düşünüldü.

5.5. MMPI Testi Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan hastaların kişilik testlerine bakıldığında; L alt ölçeği puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da puanlar normal değer aralıklarındaydı. Katılımcılarımızın testi cevaplarken dürüst ve samimi davrandıkları görülmüştür, bu da testin güvenilirliğini arttırmaktadır.

F alt ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. Grupların ortalama puanları normal olmasına rağmen Cİ öyküsü olan grubun puanları yaklaşık 5 puan daha yüksekti. Bu yükseklik; istismara maruz kalan kadınların sosyal, politik ya da dini konularda yaşadığı toplumdan oldukça farklı inançlara sahip bireyler olduklarını, diğer insanlara göre daha sabırsız, daha karamsar, daha hassas, daha huzursuz ve daha tutarsız olduklarını gösteriyordu. Ayrıca bu kadınların F testi açısından ortalama T puanlarında (55-69) yer alan tanı gruplarını; akut nevrozlar ve kişilik bozuklukları ile durumsal stresi olan bireyler oluşturuyordu. Bu tanıları cinsel istismara uğrayan bireylerde görülen psikiyatrik rahatsızlıkları destekler nitelikteydi. Travmanın kişilik gelişimi üzerine etkileri bilinmektedir. Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmış erişkinlerde yetişkinlerde borderline, antisosyal ve paranoid kişilik bozuklukları gelişebileceği gösterilmiştir (82). Çoğul kişilik bozukluğu bulunan bireylerin öykülerinde yaklaşık % 85-90 oranında, borderline kişilik bozukluğu bulunanlarda ise % 70-80 oranında Cİ'ye maruz kaldıkları gösterilmiştir (121).

Çalışmamızda psikopatoloji alt testleri değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunanlar D, Pd, Pa, Pt, Sc ve Si alt testleriydi. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bu alt testlerin hepsinde Cİ öyküsü bulunan kadınların oluşturduğu grupta puanlar diğer gruba göre daha yüksek tespit edildi.

İstismara maruz kalan kadınlarda apati, kendini değersiz hissetme, umutsuzluk, fiziksel belirtiler, uyku bozukluğu, düşünce ve hareketlerde yavaşlama sorunlarını barındıran “Depresyon” alt testinin yüksek bulunması bu hastalarda depresyon görülme olasılığının fazla olmasını belirten literatürle uyumluydu (108,110,115). Cİ öyküsü olan grubun Depresyon testinin T değer aralığı (60-69) bu bireylerde orta düzeyde depresyon, endişe ve karamsarlık olduğunu, bu duygudurum halinin durumsal bir krize bağlı olabileceği gibi kalıcı ve geri dönüşü olmayan bir durum da olabileceği belirtilmiştir. İstismar öyküsü bulunmayan kadın hastaların T değer aralığı (45-59) ise bu bireylerin yaşamında iyimserlik ve karamsarlık dengesini kurduklarını göstermektedir.

Diğer alt ölçekler incelendiğinde istismara uğrayan kadın hastaların uğramayanlara göre genel sosyal uyumsuzluğu daha fazla olan (Pd); kişiler arası

ilişkilerinde savunucu ve diğer insanlara güvensiz olan, tutum ve fikirlerinde katılık olan (Pa); küçük sorunları bile kendisine dert etme eğiliminde olup uzun süreli kaygı ve tepkisel anksiyete barındıran (Pt); aile ilişkilerinde kopma, sosyal yabancılaşma olan, kendilik değeri ve kimlikle ilgili önemli kuşkuları olan ve daha içe dönük kişilik özellikleri olan (Si) bireyler olduğunu gösteriyordu. Öyküsünde Cİ bulunan insanların ruhsal, sosyal, düşünsel, ilişkisel ve kimlik sorunları yaşadıkları bilinmektedir. Bu sonuçlar daha önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (108,110,115).

MMPI testi bulguları incelendiğinde dikkat çeken bir ayrıntı da Cİ öyküsü bulunan katılımcılarda bulunmayanlara göre “Psikotik Üçlü” tabiri ile belirtilen alt testlerin (Pa, Pt ve Sc) puanlarının yüksek bulunmasıydı.

5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda katılımcıların doldurduğu COPE ölçeği bireylerin öz bildirimine dayalı olduğundan kısıtlılıktır. Ayrıca MMPI testinin ilk başvuruda doldurulması sonuçların geçerliliği açısından daha sağlıklıdır. Bu yüzden çalışmamıza katılan hastaların kliniğe başvurdıkları dönemdeki hastalık süreçlerinin (alevlenme, remisyon vb) gözetilmemiş olması da ayrı bir kısıtlılıktır. İleriki zamanlarda yapılacak çalışmalarda katılımcıların ilk başvuru dönemindeyken çalışmaya alınması daha güvenilir olacaktır.

Demografik veri formu doldurulurken sorulan cinsel istismar öyküsü varlığı kişilerin beyanına bırakılmış, çalışmaya katılmak isteyen bazı hastaların istismar sorularını görünce çalışmaya katılmaktan vazgeçtikleri görülmüştür. Kimi katılımcıların ise cinsel istismara maruz kalmalarına rağmen utanma, çekinme, saklama, toplumsal önyargılar gibi sebeplerden dolayı maruz kalmadıklarını işaretledikleri tahmin edilmiştir. Bu hastaların çalışmayı etkileyecek sayıda olmadığı düşünülmüş olup gelecek dönemde yapılacak benzer çalışmalarda katılımcılarla testler doldurulmadan önce bu bilgi düşünülerek görüşme yapılması çalışmanın sonuçları açısından daha sağlıklı olabilir.

İstismar sonucu ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasını etkilediği düşünülen etmenlerden olan ailenin sosyoekonomik durumu, ebeveynlerin eğitim durumu gibi değişkenlerin çalışmamızda sorgulanmaması da kısıtlılıklardandır.

6. SONUÇLAR

Cİ; bireyi psikososyal yönden yaşam boyu etkileyebilen, özellikle ruhsal olarak hem kısa hem de uzun dönemde ciddi problemlere yol açabilen bir travma türüdür. Buna rağmen istismara maruz kalan bireylerin travma sonrası yaşadıkları zorlukları ortadan kaldırmak amacıyla psikiyatri kliniklerine gerek suçluluk, utanma, gizleme gibi sebeplerle gerek ise toplumsal önyargılar yüzünden çok fazla başvuramadıkları bilinmektedir. Başvuran bireylerin ise kimi zaman psikiyatri uzmanına dahi konuyu açamadıkları gözlenmiştir.

Çalışmamızdaki katılımcıların sosyodemografik veri sonuçları her türlü sosyal statü, eğitim, medeni durum ve yaştaki kadın hastaların istismar mağduru olarak psikiyatri kliniklerine başvurabileceğini göstermekteydi. Cİ öyküsü bulunan kadınların başvuru anındaki tanıları incelendiğinde bu konuda yapılmış çalışmalarda da belirtildiği gibi anksiyete bozuklukları ve depresyon ön planda bulunmuştur. Dikkat çeken bulgu ise hastaların % 30'unda psikoz, bipolar bozukluk ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların (uyku bozukluğu, yeme bozukluğu vb) bulunmasıydı. Bu da sadece depresyon ve anksiyete şikâyetleri olan hastalarda değil, kliniklere başvuran bütün kadın hastalarda istismar öyküsünün sorgulanması gerekliliğini ortaya koymuştur.

İstismara uğranılan yaşa bakıldığında; literatürlerde belirtilen ergenlik ve ergenlik öncesi dönemin sıklığı çalışmamızda da (%76) göze çarpmaktadır. Özellikle bu çağdaki çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin bu konuda daha dikkatli olması ve daha koruyucu yaklaşmasının gerekliliği bir kere daha ortaya konmuştur.

Cİ'ye uğrayan kadın hastaların büyük çoğunluğunda istismar edenin tanıdık olması ve hastaların yarısından fazlasının yaşadığı olaydan dolayı kendini suçlaması çalışmamızın bilindik sonuçlarından. Yaşadığı istismar olayı ile psikiyatriye başvurusu arasında ilişki olduğunu belirten hasta oranı da yaklaşık yüzde 50 olarak tespit edilmiştir. Bu hastalarda dikkat çekici olan ve klinisyenlere faydası olacağını düşündüğümüz bilgi ise; maruz kaldığı istismar olayı ile ruhsal rahatsızlığı arasında

bağlantı kuran bireylerin % 80'inin kendisini bu olaydan dolayı suçladığı ve % 70'inin ilişki yoluyla istismara uğramış olmasıydı. Cİ öyküsü bulunan hastaların takibinde bu iki değişkene dikkat edilmesinin gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerden olan COPE ölçeğinin değerlendirilmesinde, Cİ öyküsü bulunan kadınların işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla, aktif başa çıkma ve yeniden yorumlama yöntemlerini ise daha az kullandığının bulunması; istismara uğrayan kadınların yaşadıkları istismarın zorluklarıyla başa çıkmaya çalışırken pasif kaldıklarını ve olası gelişebilecek ruhsal rahatsızlıklardan kendilerini koruyamadıkları sonucu çıkarılmaktadır. MMPI testi değerlendirilmesinde ise; Cİ öyküsü olan kadınların sabırsız, karamsar, huzursuz oldukları; depresif belirtilerinin daha yoğun olduğu, bu duygu durumunun durumsal bir krize bağlı olabileceği ya da geri dönüşsüz olabileceği; kişiler arası ilişkilerinde savunucu ve diğer insanlara güvensiz olan; uzun süreli kaygı ve tepkisel anksiyete barındıran; aile ilişkilerinde kopma, sosyal yabancılaşma yaşayan, kendilik değeri ve kimlikle ilgili önemli kuşkuları olan, daha içe dönük kişilik özellikleri olan ve kişilik bozuklukları olabilen bireyler olduğu sonuçlarına varılmıştır.

Psikiyatri kliniklerinde çalışırken; cinsel istismar hastalarının her türlü sosyoekonomik ve psikiyatrik durumda başvurabilecekleri, bu yüzden her kadın hastanın anamnezinde Cİ'nin sorgulanması gerektiği; istismar öyküsünün özelliklerinin, bireyin olay sonrası başa çıkma tutumlarının ve kişilik özelliklerinin rahatsızlıkların şiddetinde etkili olabileceğinin klinisyen tarafından bilinmesi gerektiği ve böylece bu hastaların ruhsal durum değerlendirmeleri ile takip ve tedavilerinin daha iyi yapılabileceği görüşündeyiz. Ayrıca bu çalışmanın daha geniş örneklem sayısı ve daha çok değişken ile tekrarlanması sonuçların güvenilirliğini arttıracaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Chiaramello S, Cyr M, McDuff P, Laguerre CE, Rodgers RF, Walburg V. Effects of personality traits and characteristics of child sexual abuse on maternal reactions and support. Elsevier Masson SAS. 2018.
2. Akyüz G, Şar V, Kuğu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and self mutilative behavior among women in general population. Eur Psychiatry. 2005; 20: p. 268-273.
3. Uytun MÇ, Öztop DB. Cinsel İstismar Mağduru Olan Çocuk ve Ergenlere Konulan Psikiyatrik Tanıların ve Uygulanan Tedavilerin Devamlılığının Değerlendirilmesi. Yeni Symposium. 2016; 54(3).
4. Griffith PL, Myers RW, Cusick GM, Tankersley MJ. MMPI-2 Profiles of Women Differing in Sexual Abuse History and Sexual Orientation. Journal of Clinical Psychology. 1997; 53(8): p. 791-800.
5. Briere J. N, Scott C. Travma Terapisinin İlkeleri: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2016.
6. Adli Tıp Ders Kitabı İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 2011.
7. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence Geneva; 2003.
8. Bal E. Lisanslı Bayan Sporcuların Cinsel İstismar ve Taciz Durumlarının İncelenmesi Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Yüksek Lisans Tezi; 2011.
9. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick HS, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. Child

Abuse Negl. 2000; 24(2): p. 273-87.

10. Hebert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. Can J Psychiatry. 2009; 54(9): p. 631-36.
11. Yates A. Sexual abuse of children. In JM W. Textbook of child adolescent psychiatry: 2nd edition. Washington; 1997. p. 699-709.
12. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı - Tanımlar Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2007.
13. Jewkes R, Garcia-Moreno C, Sen P. Sexual violence. In World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 149-81.
14. Chelf C, Ellis J. Young Adults Who Were Sexually Abused: Demographics as Predictors of Their Coping Behaviors. Child Abuse & Neglect. 2002; 26 : p. 313-16.
15. Kellogg N. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. In Pediatrics.; 2005. p. 506-12.
16. Child Protection Information Sheets. [Online]. [cited 2020 05 13. Available from:http://www.unicef.org/publications/files/Child_Protection_Information_Sheets.pdf].
17. Erdoğan LE. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travması, devam eden şiddet ve psikopatoloji ile ilişkisi Zonguldak : Bülent Ecevit Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi; 2018.
18. Finkelhor D. Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. Professional Psychology: Research and Practice. ; 21(5): p. 325-30.
19. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42: p. 269-78.
20. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse

Negl. 1994; 18(5): p. 409-17.

21. Gölge ZB, Yavuz MF, Yüksel Ş. Cinsel Salgırgan Profili. Adli Tıp Dergisi. 2006; 20(1): p. 1-17.
22. Keskinç H. Erciyes Üniversitesi Hastanelerine Başvuran Çocuk Cinsel İstismarı Olgularının Değerlendirmesi Kayseri : Erciyes Üniversitesi Adli Tıp Uzmanlık Tezi; 2014.
23. Responding to children and adolescents who have been sexually abused. Geneva: World Health Organization; 2017.
24. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimisation: a longitudinal study of Norwegian girls. Addiction. 1996; 91: p. 565–81.
25. Peschers UM, Du Mont J, Jundt K. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. Obstet Gynecol. 2003; 101: p. 103–8.
26. Tschumper A, Narring F, Meier C, Michaud PA. Sexual victimization in adolescent girls enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. Acta Paediatr. 1998; 87: p. 212-17.
27. SJ Kaplan. Child and Adolescent Sexual Abuse. In Wilkins LWA. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. Philadelphia p. 1217-22.
28. Gorey K, Leslie D. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement bias. Child Abuse Negl. 1997; 21: p. 391-98.
29. Mathews B, Walsh K, Rassafiani M, Butler D, Farrell A. Teachers reporting suspected child abuse: results of a three-state study. UNSW Law Journal. 2009; 32 (3): p. 772-813.
30. Pineda-Lucatero AG, Trujillo-Hernandez B, Millan-Guerrero RO, Vasquez C.. Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. Child Care Health Developmant. 2009; 35(2): p. 184-89.

31. Mathews S, Abrahams N, Jewkes R, Martin LJ, Lombard C. The epidemiology of child homicides in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013; 91: p. 562-68.
32. O Polat. Türkiye’de Çocuk İstismarı Raporu-2. İstanbul; 2018.
33. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. [Online]; 2010 [cited 2020 05 20. Available from: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>].
34. Keane FE, Young SM, Boyle HM. The prevalence of the previous sexual assault among routine female attenders at a department of genitourinary medicine. *Int J STD AIDS*. 1996; 7: p. 480-84.
35. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar. [Online]; 2015 [cited 2020 05 13. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21544>].
36. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Sar V, Öztürk M, Eröcal MK, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001; 2(2): p. 69-78.
37. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G. ve ark. Child Abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*. 2001; 25: p. 279-90.
38. Tıraş U, Dilli D, Dallar Y, Oral R. Evaluation and follow-up of cases diagnosed as child abuse and neglect at a tertiary hospital in Turkey. *Turk J Med Sci*. 2009; 39(6): p. 969-77.
39. Doğan ÖO. Cinsel istismara uğrayan ergenlerde bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanarak istismara uğrama ve psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkilerinin araştırılması; kontrollü bir çalışma İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi; 2009.
40. Şimşek Ş. Cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerde travma sonrası

stres bozukluğu Antalya : Akdeniz Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi; 2010.

41. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, ve ark. Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatr Dergisi*. 2011; 12: p. 55-61.
42. Fluke J, Shusterman GR, Hollinshead DM, Yuan YY. Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization: Multistate analysis of associated factors. *Child Maltreat*. 2008; 13: p. 76-88.
43. Bergen HA, Marin GG, Richardson AS, Allison S, Roeger L. Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42: p. 1301–309.
44. Fergusson D, Lynskey M, Horwood L. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, I: prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: p. 1355–64.
45. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1993; 17: p. 67–70.
46. Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Child Maltreatment; 1998.
47. Ford JD, Racussin R, Ellis C, Daviss W, Reiser J, Fleischer A, et al. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among young children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*. 2000; 5: p. 205-17.
48. Balogh R, Bretherton K, Whibley S, Berney T, Graham S, Richold P, et al. Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of*

Intellectual Disability Research. 2001; 45(3): p. 194- 201.

49. Westcott H, Jones D. Annotation: the abuse of disabled children. J Child Psychol Psychiatry. 1999; 40: p. 497–506.
50. 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): p. 1239-55.
51. Davies EA, Jones AC. Risk factors in child sexual abuse. J Forensic Leg Med. 2013; 20(3): p. 146-50.
52. Fieldman, J. P. ve Crespi, T. D. Child sexual abuse: offenders, disclosure, and school-based initiatives. Adolescence. 2002; 37(145): p. 151-160.
53. Zielinski DS, Bradshaw C.P. Ecological Influences on the Sequelae of Child Maltreatment: A Review of the Literature. Child Maltreatment. 2006; 11(49).
54. Gencer Ö, Özbek A, Özyurt G, Kavurma C. Çocuk ve ergenlerde aile dışı ve aile içi cinsel istismar olgularının karşılaştırılması. Anatolian Journal of Psychiatry. 2016; 17: p. 56-64.
55. 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: p. 68-81.
56. Renteria SC. Summary: sexual abuse female children and adolescents detection, examination and primary care. Ther Umsch. 2005; 62: p. 230-37.
57. Wilsnack SC, Vogeltanz ND, Klassen AD, Harris TR. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. 1997; 58(3): p. 264–71.
58. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1: p. 95-119.
59. Çengel Kültür E, Çuhadaroğlu Çetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. Turk J Pediatr. 2007; 49: p. 256-262.

60. Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorensen SB, Telles CA. Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: p. 843-50.
61. McLeer S, Dixon J, Henry D. Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: p. 1326-33.
62. Clemmons J.C, Walsh K, DiLillo D. Unique and Combined Contributions of Multiple Child Abuse Types and Abuse Severity to Adult Trauma Symptomatology. *Child Maltreatment*. 2007; 12(2): p. 172- 81.
63. Kaufman J. Depressive disorders in maltreated children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30(2): p. 257-65.
64. Lawyer SR, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG, Saunders BE. Mental health correlates of the victim- perpetrator relationship among interpersonally victimized adolescents. *J Interpers Violence*. 2006; 21(10): p. 1333-1353.
65. Jeffrey G, Cohen P, Brown J. Childhood Maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: p. 600-606.
66. Özbaran B, Gencer Ö, Ergin HK, Miral S, Aydın C, Varan A. Bir çocuk köyünde yaşayan çocuk ve gençlerin cinsel istismar iddiaları sonrası psikiyatrik değerlendirmeleri ve izlemi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2009; 29: p. 395-404.
67. Feiring C, Taska L, Lewis M. Age and Gender Differences in Children's and Adolescent's Adaptation to Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1999; 23(2): p. 115-28.
68. Glaser D, Rutter M, Taylor E. Child Sexual Abuse. In *Child and Adolescent Psychiatry*.: Blackwell Science; 2002. p. 340-358.
69. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp*

Dergisi. 2004; 35: p. 82-86.

70. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE ve ark. A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 1991; 15(4): p. 537-56.
71. Kendall-Tackett KA, Eckenrode J. The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse Negl*. 1996; 20(3): p. 161-69.
72. Cutajar MC, Paul ME, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 year. *Child Abuse Negl*. 2010; 34: p. 813-22.
73. Nickel MK, Tritt K, Mitterlehner FO, Leiberich P, Nickel C, Lahmann C et al. Sexual abuse in childhood and youth as psychopathologically relevant life occurrence: Cross-sectional survey. *Croat Med J*. 2004; 45: p. 483-89.
74. Topçu S. Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı Ankara: Doruk Yayımcılık; 1997.
75. Topçu S. Cinsel İstismar Ankara: Phoenix Yayınevi; 2009.
76. Dutra L, Callahan K, Forman E. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196: p. 71-4.
77. Peckham NG. The vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*. 2007; 35: p. 131-137.
78. Westerlund E. *Women's Sexuality after Childhood Incest*. WW Norton and Company Inc. 1992; 241.
79. Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *J Consult Clin Psychol*. 1992; 60: p. 196-203.
80. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium*. 2005; 43: p. 118-125.
81. Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and intimate

- relationships: a prospective study. *Child Abuse Negl.* 2004; 28: p. 1133-51.
82. Sar V, Akyuz G, Kugu N ve ark. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(10): p. 1583-90.
83. Lazarus RS, Folkman S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1985; 48: p. 150-70.
84. Algın F. Şizofreni hastalarında başa çıkma tutumlarının umutsuzluk, intihar davranışı ve içgörü ile ilişkisi İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi; 2009.
85. Atkinson RL. Psikolojiye Giriş Ankara: Arkadaş Yayınları; 1996.
86. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1984; 46: p. 839-52.
87. Basut E. Stres, Başa Çıkma Ve Ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2006; 13(1).
88. Baltaş, Z. Kavram Olarak Stres. *Pedagoji Dergisi.* 1984; 2: p. 15-27.
89. Choi MK. Symptoms, depression and coping behaviors of university students. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2003; 33(3): p. 433-9.
90. Ravindran AV, Matheson K, Griffiths J, Merali Z, Anisman H. Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders.* 2002; 71: p. 121-30.
91. Berkel HV. The Relationship Between Personality, Coping Styles and Stress, Anxiety and Depression: University of Canterbury Degree of Master of Science in Psychology; 2009.
92. Ziarko M, Mojs E, Piasecki B, Samborski W. The Mediating Role of Dysfunctional Coping in the Relationship between Beliefs about the Disease and

the Level of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. The Scientific World Journal. 2014; 6.

93. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18(2): p. 137-46.
94. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği) Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: p. 221-26.
95. Öksüz T. Bipolar bozukluğu olan bireylerde kişilik özellikler ile stresle başa çıkma tutumları ilişkisinin incelenmesi ve bipolar bozukluğu olmayan bireyler ile karşılaştırılması İstanbul: Maltepe Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
96. Durdu B. Klinik bir örneklemede stresle başa çıkma tutumları ve mizaç ve karakter arasındaki ilişkilerin incelenmesi İzmir: Ege Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
97. Arıkan Ç, Aktaş A. Kişilik özellikleri ile aile ve çevre yaşantısını kalp hastalığının oluşumuna etkisi. In GATA , editor. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi; Ankara. p. 725-6.
98. Bolger N, Zuckerman A. A framework for studying personality in the stress process. Journal of Personality and Social Psychology. 1995; 69(5): p. 890–902.
99. Mosher CE, Prelov HM, Chen WW. Coping and Social Support as Mediators of the Relation of Optimism to Depressive Symptoms Among Black College Students. Journal of Black Psychology. 2006; 32: p. 72-86.
- 100 Şar V. Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar. In Köroğlu E GG. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. p. 823-33.
- 101 Koçtürk N, Bilge F. Cinsel istismar mağdurlarının psikolojik belirtileri ve akılcı

- olmayan inançları. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2017; 30: p. 113-23.
- 102 Karyağdı HM. Noktürn timer ve diürn timer bireylerin MMPI ölçeği kullanılarak incelenmesi İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2018.
- 103 Toros IA. Aile içi şiddete maruz kalmış kadınların MMPI profillerinin incelenmesi Adana: Çukurova Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- 104 Savaşır I. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyon projesi. *Psikoloji Dergisi*. 1978; 1(1).
- 105 Graham JR. MMPI uygulama ve yorumlama rehberi Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1998.
- 106 Er T. Cinsel istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin anksiyete, depresyon ve benlik algısı açısından karşılaştırılması İstanbul: Maltepe Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- 107 Öztıp DB, Özcan ÖÖ. Cinsel istismar vakalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium*. 2010; 48: p. 270-6.
- 108 Kadri N, Berrada S, Alami KM, Manoudi F, Rachidi L, Maftouh S. Mental health of Moroccan women a sexual perspective. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 102: p. 199-207.
- 109 Stein M, Walker J, Anderson G. Childhood physical and sexual abuse and with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: p. 275-77.
- 110 Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: p. 115-22.
- 111 Singer MI, Patchers MK, Hussey D. The relationship between sexual abuse and

- substance abuse among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Abuse Neglect*. 1989; 13(3): p. 319-25.
- 112 Carey PD, Walker JL, Rossouw W, Seedat S, Stein DJ. Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 17(2): p. 93-8.
- 113 Sandalcı, F. Aile İçinde ve Aile Dışında Uğradığı Cinsel İstismar Nedeni ile Korunma Altına Alınan ve SHÇEK Genel Müdürlüğü'ne Bağlı Kuruluşlarda Bakılan Çocukların Sosyo-Ekonomik Özellikleri ve Korunma Süreçleri Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2004.
- 114 Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, Balla L, Major T, Peka R. Characteristics of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001:a longitudinal, prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005; 120(2): p. 217-21.
- 115 Demir M. Çocuk ve ergenlerin cinsel istismarı sonrasında akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu özelliklerinin incelenmesi Bursa: Uludağ Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2008.
- 116 Nurcombe B. Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000; 34 (1): p. 85-91.
- 117 Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B, Şişmanlar ŞG, Öç ÖY, Biçer Ü. Cinsel istismara maruz kaldığı bildirilen olguların ruhsal değerlendirme sonuçları. *Adli Tıp Bülteni*. 2006; 11(2): p. 53-8.
- 118 Aydın B, Akbas S, Turla A, Dundar C, Yuce M, Karabekiroğlu K. Child Sexual Abuse in Turkey: An Analysis of 1002 Cases. *J Forensic Sci*. 2014; 25.
- 119 Tremblay C, Hebert M, Piche C. Coping Strategies and Social Support as Mediators of Consequences in Child Sexual Abuse Victims. *Child Abuse Negl*. 1999; 23(9): p. 929-45.
- 120 Bal S, Van Oost P, De Bourdeaudhuij. Avoidant Coping as A Mediator Between

Self-Reported Sexual Abuse and Stress-Related Symptoms in Adolescents.
Child Abuse & Neglect. 2003; 27 : p. 883–97.

121 Ovayolu, N., Uçan, Ö., & Serindağ, S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri.
. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2(4): p. 13-22.



8. EKLER

8.1. EK-1: Araştırma Etik Kurul Belgesi

**T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

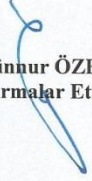
TOPLANTI TARİHİ : 17/04/2019
TOPLANTI NO : 2019/06

KARARLAR :

11- Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2019-71-17/04 Protokol no'lu "Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Başvuran ve Cinsel İstismar Öyküsü Bulunan Kadın Hastaların MMPI Profilleri ile Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R


Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Zonguldak B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 67600 KOZLU/ ZONGULDAK, Tel:0 372 261 32 60 Fax: 0 372 261 02 65

8.2. EK-2: Sosyo-Demografik Veri Formu

Yaş:

1-Medeni durumu :

- 1) Bekar
- 2) Evli
- 3) Partneri ile yaşıyor
- 4) Boşanmış
- 5) Dul

2-Eğitim durumu: okur yazar değil

- 1) okur yazar
- 2) ilkokul mezunu (5 yıl)
- 3) ortaokul mezunu (8 yıl)
- 4) lise mezunu (12 yıl)
- 5) yüksekokul –üniversite mezunu

3-Meslek:

- 1) işsiz- ev hanımı
- 2) gelir karşılığı çalışıyor (işçi-memur)
- 3) öğrenci
- 4) emekli
- 5) malul (çalışmıyor)

4-Psikiyatrik hastalık: 1) yok 2) var Tanı:

*Halen kullanmakta olduğu ilaçlar ve dozları:

*Geçmişte kullanılan ilaçlar :

5-Ailede psikiyatrik hastalık: 1) yok 2) var

6-Başka tıbbi hastalık ve kullandığı ilaçlar :

7- Alışkanlıklar:

*Sigara kullanımı : 1) yok 2) var Sıklık: Süre:

*Alkol kullanımı : 1) yok 2) var Sıklık: Süre:

*Madde kullanımı: 1) yok 2) var Sıklık: Süre:

8-Daha önce hiç cinsel istismara/cinsel tacize uğradınız mı?

- 1) hayır
- 2) evet

**** (8. Soruya cevabınız evet ise 9-15 arasındaki soruları cevaplayınız)**

9-Cinsel istismara/cinsel tacize ilk defa kaç yaşında maruz kaldınız?

- 1) 6 yaşından önce
- 2) 7-14 yaş arası
- 3) 15-17 yaş arası
- 4) 18 yaş ve sonrası

10- Cinsel istismara/cinsel tacize nasıl maruz kaldınız?

- 1) Dokunma yoluyla
- 2) İlişki yoluyla

11-Cinsel istismara/cinsel tacize kaç defa maruz kaldınız?

- 1) 1 defa
- 2) 2-5 defa
- 3) 5 den daha fazla

12-Cinsel istismara maruz kaldığınızı (doktorunuz dışında) kimseyle paylaştınız mı?

- 1) hayır
- 2) evet

13-Cinsel istismara/cinsel tacize maruz kaldığınız kişi tanıdığınız biri miydi?

- 1) hayır
- 2) evet

14-Cinsel istismara maruz kaldıktan sonra konu hakkında kendinizi suçladınız mı?

- 1) hayır
- 2) evet

15-Cinsel istismara/cinsel tacize maruz kalmanız ile psikiyatriye başvurma (psikiyatrik şikayetleriniz) arasında sizce bağlantı var mı?

- 1) hayır
- 2) evet

8.3. EK-3: COPE Ölçeği

COPE - Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

- 1 () 2 () 3 () 4 ()
16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
18. Allah`ın yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
19. Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
20. Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
26. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
28. Duygularımı dışarı vururum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
36. Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
37. İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4()

59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4()

8.4. EK-4: MMPI Testi

MİNNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ

TEST KİTABI

Bu kitapçıkta sıra ile numaralanmış bir yakım sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak KENDİ DURRUMUNUZA GÖRE DOĞRU YA DA YANLIŞ olup olmadığına karar veriniz.

Vereceğiniz karara göre her sorunun cevabını cevap kağıdına işaretleyiniz. Sağ tarafta örneği verilen cevap kağıdını gözden geçiriniz. Soruya vereceğiniz cevap sizin durumunuza göre doğru veya çoğu zaman doğru ise soru numarasının yanındaki parantez içine D yazınız. Sorunun cevabı sizin durumunuza göre yanlış veya genel olarak doğru değilse soru numarasının yanındaki parantez içine Y yazınız. Soru sizin durumunuza uymuyor veya bu konuda bir şey bilmiyorsanız cevap kağıdı üzerine hiçbir işaret koymayınız.

Kendiniz hakkında kendi kanınızı bildireceğinizi hatırdan çıkarmayınız. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışınız.

Cevap kağıdını işaretlerken sorunun numarası ile işaretlediğiniz yerin numarasının aynı olmasına dikkat ediniz. Değiştirmek istediğiniz cevabı iyice siliniz ve bu defter üzerine hiçbir işaret koymayınız.

1. Teknik yazılardan hoşlanırım
2. İştahım iyidir
3. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım
4. Kütüphaneci olarak çalışmayı seveceğimi sanıyorum
5. Gürültüden kolayca uyanırım
6. Cinayet haberlerini okumaktan hoşlanırım
7. Çoğu zaman el ve ayaklarımın sıcaklığı iyidir
8. Günlük hayatım beni ilgilendirecek şeylerle doludur
9. Bugün de hemen hemen eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
10. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur
11. İnsan rüyalarını anlamaya çalışmalı ve kendini onlara göre ayarlamalıdır
12. Polis romanlarından ya da esrarengiz romanlardan hoşlanırım
13. Büyük bir sinir gerginliği içinde çalışırım
14. Ayda bir iki defa ishal olurum
15. Ara sıra söylenemeyecek kadar ayıp şeyler düşünürüm
16. Hayatta kötülükler hep beni bulur
17. Babam iyi bir adamdır
18. Pek seyrek kabız olurum
19. Yeni bir işe girince kimin gözüne girme gerektiğini öğrenmek isterim
20. Cinsel yaşamımdan memnunum
21. Zaman zaman evi bırakıp gitmek istemişimdir
22. Ara sıra kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum
23. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir
24. Kimse beni anlamıyor
25. Şarkıcı olmayı isterim
26. Başım derde girince susmayı tercih ederim
27. Bazen kötü ruhların beni etkileri altına aldıklarını hissederim
28. Kötülüğe kötülükle karşılık vermem prensibimdir
29. Çoğu kez midem ekşir
30. Bazen canım küfretmek ister
31. Sık sık geceleri kabus geçiririm
32. Zihnimi bir iş üzerinde toplamada güçlük çekerim
33. Başımdan çok garip ve tuhaf şeyler geçti
34. Çoğu zaman öksürüğüm vardır
35. Başkaları engel olmasaydı daha çok başarılı olurdum
36. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz
37. Cinsel yaşamım yüzünden başım hiç derde girmedi
38. Gençliğimde bir devre ufak tefek şeyler çaldım
39. Bazen içimde bir şeyler kırmak isteği geçer
40. Başka bir şey yapmaktansa çoğu zaman oturup hayal kurmayı severim
41. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur
42. Ailem seçtiğim veya seçmek istediğim mesleği beğenmiyor
43. Kuşkulu ve rahatsız uyurum
44. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır
45. Her zaman doğruyu söylemem
46. Şimdi her zamankinden daha iyi düşünüp tartabiliyorum
47. Ortada hiç bir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar

48. Başkaları ile bir arada iken kulağıma çok garip şeyler gelmesinden rahatsız olurum
49. Kanunların hemen hepsi kaldırılrsa daha iyi olur
50. Bazen ruhum vücudumdan ayrılır
51. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir
52. Uzun zamandan beri görmediğim okul arkadaşlarım ya da tanıdıklarım önce benimle konuşmazlarsa onları görmemezlikten gelmeyi tercih ederim
53. Hocaların dua okuyup üflemesi hastalığı iyileştirir
54. Tanıdıklarımın çoğu beni sever
55. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur
56. Çocukken okuldan kaçtığım için bir iki defa cezalandırıldım
57. İnsanlarla çabucak kaynaşırım
58. Kuran'ın buyurdıkları bir bir çıkmaktadır
59. Çok defa benden az bilenlerden emir alarak çalışmak zorunda kaldım
60. Her gün gazetelerin başyazılarını okumam
61. Gerektiği gibi bir hayat yaşayamadım
62. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissederim
63. Büyük abdest yapmada ya da tutmada hiç bir güçlük çekmem
64. Bazen başkalarının sabrını tüketecek kadar bir şeye saplanır kalırım
65. Babamı severim
66. Etrafımda başkalarının görmediği eşya, hayvanlar veya insanlar görürüm
67. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim
68. Ensemde nadiren ağrı hissederim
69. Kendi cinsimden olanları oldukça çekici bulurum
70. Körebe oyunundan hoşlanırdım
71. Birçok kimseler başkalarının ilgi ve yardımlarını sağlamak için talihsizliklerini abartırlar
72. Hemen hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum
73. Ben önemli bir kimseyim
74. Çoğu zaman kız olmayı isterdim (Şayet kız iseniz:) Kız olduğuma hiç üzülmedim
75. Ara sıra öfkelenirim
76. Çoğu zaman kendimi hüznümlü hissederim
77. Aşk romanları okumaktan hoşlanırım
78. Şiiri severim
79. Kolay incinmem
80. Bazen hayvanlara rahat vermem
81. Orman bekçiliği gibi işlerden hoşlanacağımı sanıyorum
82. Tartışmalarda çabucak yenilirim
83. Çok çalışabilen ya da çalışmak isteyen kişinin başarılı olma şansı yüksektir
84. Bugünlerde artık hiç ilerleme umudum kalmamış gibi hiss ediyorum
85. Kullanmayacak bile olsam bazen başkalarının ayakkabı, eldiven gibi özel eşyaları o kadar hoşuma gider ki dokunmak ve aşırmaq isterim
86. Kendime hiç güvenim yoktur
87. Çiçek satıcısı olmayı isterdim
88. Genel olarak hayatın yaşanmaya değer olduğu kanısındayım
89. İnsanlara gerçeği kabul ettirmek güçtür
90. Bugün yapmam gereken işleri ara sıra yarına bıraktığım olur

91. Benimle alay edilmesine aldırman
92. Hemşire olmayı isterdim
93. Yükselmek için birçok kimse yalan söylemekten çekinmez
94. Sonradan pişman olacağım pek çok şeyi yaptığım olur
95. Namazımı hemen hemen muntazaman kılarım
96. Ailemle pek az kavga ederim
97. Bazen zararlı ya da çok kötü işler yapmam için içimde çok güçlü bir istek duyarım
98. Kıyamet gününe inanıyorum
99. Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanırım
100. Bildiğim bir konuda bir kimse saçma sapan ya da cahilce konuşursa onu hemen düzeltirim
101. Bence cinsel yönden kadınlar da erkekler kadar serbest olmalıdır,
102. En büyük mücadelemi kendimle yaparım
103. Vücudumda pek az seğirme ve kasılma olur
104. Başıma ne gelirse gelsin aldırış etmiyorum
105. Keyfim yerinde olmadığı zaman tersliğim üzerimdedir
106. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım korkusuna kapılıyorum
107. Çoğu zaman mutluyumdur
108. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir
109. Bazı kimseler o kadar amirane davranırlar ki haklı bile olsalar içimden dediklerinin aksini yapmak gelir
110. Bana kötülük etmek isteyen biri var
111. Sırf heyecanlanmak için tehlikeli bir işe girişmedim
112. Doğru bildiğim şeyler için çoğu zaman direnmek zorunda kalırım
113. Kanunların uygulanması gerektiğine inanırım
114. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim
115. Ahirete inanırım
116. Bahse girdiğim yarış ya da oyunlardan daha çok zevk alırım
117. Bir çok kimseler daha çok yakalanmaktan korktukları için dürüsttüler
118. Dersten kaçtığım için ara sıra müdüre gönderildiğim oldu
119. Konuşma tarzım her zamanki gibidir (Daha yavaş ya da hızlı değil, yayvanlaşmış ya da kısıp değil)
120. Evde sofra adabına dışarıdaki kadar dikkat etmem
121. Aleyhimde bazı tertipler kurulduğuna inanıyorum
122. Tanıdığım insanların çoğu kadar becerikli ve zeki olduğuma sanıyorum
123. Beni takip edenler olduğuna inanıyorum
124. Birçokları kaybetmektense çıkarlarını korumak için pek doğru olmayan yollara başvururlar
125. Midemden oldukça rahatsızım
126. Tiyatrodan hoşlanırım
127. Dertlerimin çoğundan kimin sorumlu olduğunu biliyorum
128. Kan görünce korkmam ya da fenalaşmam
129. Bazen ters ve suratsız olurum
130. Hiç bir zaman kan kusmadım ya da kan tükürmedim
131. Hastalığa yakalanacağım diye kaygılanmam
132. Çiçek koleksiyonu yapmayı ve evde çiçek yetiştirmeyi severim
133. Hiç bir zaman normal olmayan cinsel ilişkilere girişmedim
134. Bazen kafamdaki düşünceler o kadar hızlıdır ki söylemeyi yetiştiremem

135. Fark edilmeyeceğimden emin olsam sinemaya biletsiz girerdim
136. Bana iyilik yapan kimsenin genel olarak gizli bir amacı olabileceğini düşünürüm
137. Aile hayatımın tanıdığım kimselerin çoğununki kadar iyi olduğuna inanıyorum
138. Eleştiri beni çok kırar
139. Bazen sanki kendimi ya da başkasını incitmek zorundaymışım gibi hissedirim
140. Yemek pişirmeyi severim
141. Davranışlarımı çoğu zaman etrafımdakilere göre ayarlarım
142. Bazen hiçbir işe yaramadığımı düşünürüm
143. Çocukken başlarına ne gelirse gelsin aralarındaki birliği koruyan bir gruptaydım
144. Asker olmak isterim
145. Bazen biriyle yumruk yumruğa kavgaya girişmek istediğim olur
146. Seyahat edip gezip tozmadıkça mutlu olmam
147. Çabuk karar vermediğim için çok fırsat kaçırdım
148. Önemli bir iş üzerinde çalışırken başkalarının işimi yarıda kesmeleri sabrımı taşırır
149. Hatıra defteri tutardım
150. Oyunda kaybetmektense kazanmayı isterim
151. Biri beni zehirlemeye çalışıyor
152. Çoğu geceler zihnimi hiçbir şey kurcalamadan uykuya dalarım
153. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi
154. Hiç sinir nöbeti ya da havale geçirmediğim
155. Ne şişmanlıyorum ne de zayıflıyorum
156. Bir şeyler yapıp sonra ne yaptığımı hatırlayamadığım zamanlar oldu
157. Çoğu kez sebepsiz yere cezalandırıldım
158. Çabuk ağlarım
159. Okuduğumu eskisi kadar iyi anlayamıyorum
160. Hayatımda hiç bir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim
161. Bazen başımda bir sizi hissedirim
162. Birisinin bana kurnazca oyun etmesine çok içerlerim
163. Çabucak yorulmam
164. Üzerinde çalıştığım konularda okumayı ve incelemelerde bulunmayı severim
165. Önemli kimseleri tanımayı severim, çünkü böylece kendimi de önemli bir kimse gibi görürüm
166. Yüksek bir yerden aşağıya bakmaya korkarım
167. Ailemden herhangi birinin mahkemelik olması beni rahatsız etmez
168. Zihnimde bir gariplik var
169. Parayı ellemekten korkmam
170. Başkalarının hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız etmez
171. Bir eğlencede başkaları yapsalar bile, ben taşkınlık yapmaktan rahatsız olurum
172. Çoğu kez utangaçlığımı örtbas etmek ihtiyacını duyarım
173. Okulu severdim
174. Hiç bayılma nöbeti geçirmediğim
175. Pek az başım döner ya da hiç dönmez
176. Yılandan büyük bir korkum yoktur
177. Annem iyi bir kadındır
178. Hafızam genellikle iyidir
179. Cinsel konularda sıkıntım vardır

180. Yeni tanıştığım kimselerle konuşma konusu bulmada güçlük çekerim
181. Canım sıkıldıkça heyecan yaratmayı severim
182. Aklımı oynatmaktan korkuyorum
183. Dilencilere para vermeyi doğru bulmam
184. Sık sık nereden geldiğini bilmediğim sesler duyarım
185. Herkes kadar iyi işitirim
186. Bir şeyler yapmağa girişince ellerimin çok defa titrediğini fark ederim
187. Ellerimde beceriksizlik ya da sakarlık yok
188. Gözlerim yorulmadan uzun süre okuyabilirim
189. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım
190. Başım pek az ağrır
191. Bazen utanınca çok terlerim
192. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem
193. Saman nezlesi ya da astım nöbetlerim yoktur
194. Hareketlerimi ve konuşmamı kontrol edemediğim fakat etrafımda olup bitenden haberdar olduğum nöbetler geçirdiğim oldu
195. Tanıdığım herkesi sevmem
196. Hiç görmediğim yerlere gitmekten hoşlanırım
197. Biri beni soymaya her şeyimi almaya çalışıyor
198. Çok az hayal kurarım
199. Çocuklara cinsiyetle ilgili temel gerçekler öğretilmelidir
200. Fikir ve düşüncelerimi çalmak isteyen biri var
201. Keşke bu kadar utangaç olmasam
202. Kendimi cezayı hak etmiş suçlu bir insan olarak görüyorum
203. Gazeteci olmak isterdim
204. Gazeteci olmasaydım daha çok tiyatro haberleri yazmaktan hoşlanırdım
205. Bazen çalmaktan ya da dükkanlardan eşya aşırırmaktan kendimi alamam
206. Birçok kimseden daha dindarımdır
207. Çeşitli oyun ve eğlencelerden hoşlanırım
208. Flört etmeyi severim
209. Günahlarımın affedilmeyeceğine inanıyorum
210. Her şeyin tanrı aynı geliyor
211. Gündüzleri uyuyabilirim fakat gündüzleri uyuyamam
212. Evdekiler bana çocuk muamelesi yapıyor
213. Yürürken kaldırımdaki yarıklara basmamaya dikkat ederim
214. Cildimde üzölmeye değeri kabarıklık ya da sivilce yok
215. Çok içki kullandım
216. Başka ailelere göre bizim evde sevgi ve arkadaşlık pek azdır
217. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim
218. Hayvanların eziyet çektiğini görmek beni üzmez
219. İnşaat mütahitliğinden hoşlanacağımı sanıyorum
220. Annemi çok severim
221. Bilimden hoşlanırım
222. Karşılığını veremeyeceğim durumlarda bile arkadaşlarımdan yardım istemekte güçlük çekmem
223. Avlanmayı çok severim
224. Annem babam hep beraber olduğum kimselerden çok defa hoşlanmıyorlar
225. Bazen biraz dedikodu yaptığım olur
226. Ailemdeki bazı kimselerde canımı çok sıkıan alışkanlıklar var

227. Uykuda gezdiğimi söylerler
228. Bazen alışılmamış bir kolaylıkla karar verebileceğimi hissediyorum
229. Çeşitli kulüp ve derneklere üye olmak isterim
230. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır
231. Cinsiyet hakkında konuşmayı severim
232. Bazen üzerime çok fazla iş alırım
233. Pek çok insan karşı çıksa da kendi fikrimi sonuna kadar savunurum
234. Çabuk kızar ve çabuk unuturum
235. Aile kurallarından oldukça bağımsız ve özgürüm
236. Sıklıkla kara kara düşünürüm
237. Akrabalarımın hemen hepsi bana karşı anlayış gösterir
238. Zaman zaman perimde duramayacak huzursuzluk duyduğum devreler olur
239. Aşkta hayal kırıklığına uğradım
240. Görünüşüme hiç aldırmam
241. Kendi içimde tutup başkalarına söylenemeyen şeyler hakkında sık sık rüya görürüm
242. Birçoklarından daha sinirli sayılmam
243. Hemen hemen hiç bir ağrı ve sızım yok
244. Davranışlarım başkalarınca yanlış anlaşılmaya elverişlidir
245. Ailem beni olduğumdan daha hatalı bulur
246. Boynumda sık sık kırmızı lekeler olur
247. Kimseden sevgi görmüyorum
248. Bazen ortada hiç bir neden yokken hatta işler kötüye gittiği zaman bile kendimi fazlasıyla mutlu hissederim
249. Öbür dünyada şeytan ve cehennem olduğuna inanırım
250. Hayatta önüne her geleni kapmağa çalışan insanları suçlamam
251. Kendimi kaybedip yaptığım işi aksattığım ve etrafımda olup bitenlerin farkında olmadığım zamanlar oldu
252. Hiç kimse başkasının derdine aldırış etmiyor
253. Hatalı davranışlarını görsem bile insanlara arkadaşça davranabilirim
254. Birbiriyle şakalaşan kimseler arasında olmayı severim
255. Seçimlerde bazen oyumu pek az tanıdığım kimselere veririm
256. Gazetelerin ilgi çeken tek yeri resimli mizah sayfasıdır
257. Yaptığım işlerde genel olarak başarı elde edeceğime inanırım
258. Allah'ın varlığına inanırım
259. İşe başlamada güçlük çekerim
260. Okulda iken ağır öğrenenlerden biri idim
261. Ressam olsaydım çiçek resimleri yapardım
262. Daha güzel olmamam beni rahatsız etmez
263. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim
264. Kendime tam anlamıyla güvenim vardır
265. Hiç kimseye güvenmemek en doğrusudur
266. Haftada bir ya da sık, çok heyecanlanırım
267. Topluluk içinde olduğumda üzerinde konuşacak uygun konular bulmada güçlük çekerim
268. Karamsar olduğum zaman heyecanlı bir olay hemen beni bu durumdan çıkarır
269. Bazen zevk için başkalarını kendimden korkuturum

270. Evden çıkarken kapının kilitli ve pencerenin kapalı olup olmadığı aklıma takılmaz
271. Başkalarının saflığını kendi çıkarlarında kullanan kimseleri ayıplamam
272. Bazen kendimi enerji dolu hissederim
273. Derimin bazı yerlerinde uyuşukluk hissederim
274. Görme gücüm eskisi kadar kuvvetlidir
275. Birisi zihnimi kontrol ediyor
276. Çocukları severim
277. Bazen bir madrabazın kurnazlığı beni o kadar eğlendirir ki, yakayı ele vermemesini dilerim
278. Çok defa tanımadığım kimselerin bana eleştirici gözle baktıklarını hissederim
279. Her gün gereğinden fazla su içerim
280. Birçok kimseler kendilerine yararı dokunacağı için arkadaş edinirler
281. Kulaklarım çok az çınlar ya da uğuldar
282. Genellikle sevdiğim aile üyelerine karşı bazen nefret duyarım
283. Gazete muhabiri olsaydım en çok spor haberleri yazmayı isterdim
284. Hakkımda çok konuşulduğumdan eminim
285. Ara sıra açık saçık bir fıkraya güldüğüm olur
286. En çok yalnız olduğum zaman mutlu olurum
287. Arkadaşlarıma kıyasla beni korkutan şeyler çok azdır
288. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir
289. Bir suçlu avukatının becerikliliği sayesinde cezadan kurtulunca kanunlara karşı daima nefret duyarım
290. Çok gergin bir hava içinde çalışıyorum
291. Hayatımda bir ya da birkaç kere birisinin beni hipnotize ederek bana bir şeyler yaptığını hissettim
292. Başkaları benimle konuşuncaya kadar ben onlarla konuşmaya başlamam
293. Birisi zihnimi etkilemeye çalışıyor
294. Kanunla hiç başım derde girmedi
295. Masal okumayı severim
296. Hiçbir neden yokken kendimi son derecede neşeli hissettiğim zamanlar olur
297. Cinsiyetle ilgili düşünceler beni rahatsız eder
298. Birkaç kişinin birlikte başları derde girince en iyisi yakalarını kurtarmak için aynı hikayeyi uydurmak ve bundan caymamaktır
299. Duygularımın birçok kimselerden yoğun olduğunu düşünürüm
300. Hayatımda hiçbir zaman bebek oynamaktan hoşlanmadım
301. Çoğu zaman hayat benim için bir yüküdür
302. Cinsel davranışlarımdan dolayı hiçbir zaman başım derde girmedi
303. Bazı konularda o kadar alınganım ki onlar hakkında konuşmam bile
304. Okulda sınıf karşısında konuşma bana çok güç gelirdi
305. Başkalarıyla beraber olduğum zaman bile kendimi yalnız hissederim
306. Bana karşı mümkün olan anlayış gösteriliyor
307. İyi beceremediğim oyunları oynamağa yanaşmam
308. Zaman zaman evi bırakıp gitmeyi çok istemişimdir
309. Birçokları kadar çabuk arkadaş edinebildiğimi sanıyorum
310. Cinsel hayatım doyurucudur
311. Gençlik yıllarımda bir devre ufak tefek şeyler çaldım
312. İnsanların arasında olmaktan hiç hoşlanmam

313. Değerli eşyasını tedbirsizce ortada bırakıp çalınmasına neden olan kimse bunu çalan kadar hatalıdır
314. Ara sıra söylenemeyecek kadar kötü şeyler düşünürüm
315. Hayatın hep kötü tarafları bana nasip olmuştur
316. Hemen hemen herkesin başını derde sokmamak için yalan söyleyebileceğine inanırım
317. Birçok kimselerden daha hassasım
318. Günlük hayatım beni ilgilendiren şeylerle dolu
319. İnsanların çoğu başkalarına yardım etmek için zahmete girmekten hoşlanmazlar
320. Rüyalarımın çoğu cinsel konularla ilgilidir
321. Kolaylıkla mahcup olurum
322. Para ve işi kendime dert edinirim
323. Başımdan çok tuhaf ve acayip olaylar geçmiştir
324. Hiç kimseye aşık olmadım
325. Ailemin yaptığı bazı şeyler beni korkutmuştur
326. Bazen kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum
327. Annem ya da babam çok defa beni makul bulmadığım emirlere bile itaat ettirdiler
328. Zihnimi bir konu ya da iş üzerinde toplamakta güçlük çekerim
329. Hemen hemen hiç rüya görmedim
330. Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağan üstü bir halsizlik duymadım
331. Eğer insanlar sırf düşmanlık olsun diye beni engellemeselerdi daha başarılı olurdum
332. Bazen nezle olmadığım halde sesim çıkmaz ya da değişir
333. Beni hiç kimse anlamıyor
334. Bazen tuhaf korkular duyarım
335. Zihnimi bir konu üzerinde toplayamam
336. İnsanlara karşı sabrım çabuk tükenir
337. Çoğunlukla bir takım şeyler ve kimseler için meraklanıp huzursuzlaşırım
338. Hayatımın çoğu kimselerinkinden daha fazla tasa ve kaygı içinde geçtiğine eminim
339. Çoğu zaman ölmüş olmayı isterdim
340. Bazen o kadar heyecanlanırım ki uykuya dalmam güçleşir
341. Bazen beni rahatsız edecek kadar iyi iştiririm
342. Bana söyleneni hemen unuturum
343. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durur ve düşünürüm
344. Gördüğüm kimse ile karşılaşmamak için sıklıkla yolumu değiştiririm
345. Sıklıkla olup bitenler bana gerçek değilmiş gibi gelir
346. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır
347. Bana gerçekten kötülük yapmak isteyen hiç bir düşmanım yoktur
348. Bana umduğumdan fazla dostluk gösteren insanlara karşı tetikte bulunmağa çalışırım
349. Acayip ve tuhaf düşüncelerim vardır
350. Yalnızken garip şeyler duyarım
351. Küçük bir seyahat için bile evden ayrılırken telaşlanır ve kaygılanırım
352. Beni incitmeyeceğini bildiğim şeylerden ya da insanlardan bile korktuğum oldu
353. Başkalarının daha önce toplanıp konuştuğu odaya girmekten çekinmem
354. Bıçak gibi çok keskin ve sivri şeyler kullanmaktan korkarım

355. Sevdığım kimseleri bazen incitmekten hoşlanırım
356. Dikkatimi bir konu üzerinde toplamada birçok kişiden daha fazla güçlük çekerim
357. Yeteneğimi küçümsediğim için birçok defalar başladığım işi yarıda bıraktım
358. Kötü ve çok defa korkunç kelimeler zihnimi kurcalar ve bunlardan kendimi kurtaramam
359. Bazen önemsiz düşünceler aklımdan geçer ve beni günlerce rahatsız eder
360. Hemen hemen her gün beni korkutan bir şey olur
361. Her şeyi kötüye yorma eğilimindeyim
362. Birçok kimselerden daha çok hassasım
363. Bazen sevdiğim kimselerin beni incitmesinden hoşlandığım oldu
364. Hakkımda onur kırıcı ve kötü sözler söylüyorlar
365. Kapalı yerlerde huzursuzluk duyarım
366. İnsanlar içinde bile olsam çok defa kendimi yalnız hissederim
367. Yangından korkmam
368. Sonradan pişman olacağım şeyler yapmak ya da söylemek korkusuyla bazen bir kimseden uzak durduğum oldu
369. Kararsızlığım yüzünden yapılması gerekli birçok işi yapamamışımdır
370. Çalışırken acele etmek zorunda olmaktan nefret ederim
371. Aşırı derecede kendini dinleyen bir insan değilim
372. Elimdeki işi en iyi şekilde yapmayı isterim
373. Yalnızca bir tek doğru din olduğundan eminim
374. Ara sıra zihnim her zamankinden daha ağır işler
375. Çok mutlu olduğum ve iyi çalıştığım zamanlarda neşesiz veya dertli bir insanla karşılaşmak keyfimi tamamen kaçırır
376. Polisler genellikle dürüsttür
377. Toplantılarda kalabalığa karışmaktan çok yalnız başıma oturur ya da bir tek kişiyle ahbaplık ederim
378. Kadınları sigara içerken görmekten hoşlanmam
379. Çok nadiren karamsarlığa kapılırım
380. Ne yapsam zevk alamıyorum
381. Kolay öfkelenen biri olduğumu söylerler
382. Yapmak istediğim şeylere karar verirken, başkalarının ne düşüneceğini dikkate almam
383. İnsanlar çoğu zaman beni hayal kırıklığına uğratırlar
384. Kendimle ilgili her şeyi anlatabileceğim hiç kimse yok
385. Şimşek çakması da korkularımdan biridir
386. Çok tertipli ve titizim
387. Ailem her davranışıma fazla karışıyor
388. Karanlıkta yalnız kalmaktan korkarım
389. Tasarlamış olduğum planlar çok defa o kadar güçlkle dolu göründü ki bunlardan vazgeçmek zorunda kaldım
390. Birinin hatasını önleme gayretimin yanlış anlaşılmasına çok üzülürüm
391. Dansa gitmeyi severim
392. Fırtınadan çok korkarım
393. Yük çekmeyen atlar dövülmeli ya da kamçılanmalıdır
394. Başkalarına sık sık akıl danışırım
395. Gelecek, bir insanın ciddi planlar yapamayacağı kadar belirsizdir
396. İşler yolunda gittiği zaman bile çoğu kez her şeye karşı bir aldırılmazlık içinde olduğumu hissederim

397. Bazen güçlükler öylesine üst üste gelir ki onlarla baş edemeyecekmişim gibi hissedirim
398. Çoğu kez keşke tekrar çocuk olsaydım diye düşünürüm
399. Kolay kolay kızmam
400. Eğer bana fırsat verilse dünya için çok yararlı işler yapabilirim
401. Sudan hiç korkmam
402. Ne yapacağıma karar vermeden önce uzun uzun düşünürüm
403. Birçok şeyin olup bittiği böyle bir devirde yaşamak hoş bir şey
404. Hatalarını düzelterek kendilerine yardım etmeye çalıştığım insanlar amacımı çoğu kez yanlış anlarlar
405. Yutkunmakta güçlük çekmem
406. Uzman dendiği halde benden pek fazla bilgili olmayan insanlarla sık sık karşılaşırım
407. Genel olarak sakinim ve kolay sinirlenmem
408. Bazı konular hakkında hislerimi o kadar gizleyebilirim ki insanlar bilmeden beni incitebilirler
409. Elimde olmadan çok ufak bir şeyden münakaşa çıkarıp karşımdakini kırıyorum
410. Madrabazı kendi silahı ile alt etmekten hoşlanırım
411. İyi tanıdığım bir kimsenin başarısını duyduğum zaman adeta kendimi başarısızlığı uğramış hissedirim
412. Hastalandığım zaman doktora gitmekten korkmam
413. Günahlarım için ne kadar ağır ceza görsem iyidir
414. Hayal kırıklıklarını o kadar ciddiye alırım ki bunları zihnimden söküp atamam
415. Fırsat verilse iyi bir önder olurum
416. Yakınlarımla sağlığımdan çok endişe ederim
417. Sırada beklerken biri önüme geçmeye kalkışırsa ona çıkışıyorum
418. Bazen hiç bir işe yaramadığımı düşünürüm
419. Küçükken okuldan sık sık kaçardım
420. Başımdan dinle ilgili olağan üstü yaşantılar geçti
421. Ailemde çok sinirli insanlar var
422. Ailemde bazı kişilerin yapmış olduğu işler beni utandırmıştır
423. Balık tutmayı çok severim
424. Hemen hemen her zaman açlık duyarım
425. Sık sık rüya görürüm
426. Kaba ya da can sıkıcı insanlara karşı bazen sert davrandığım olur
427. Açık saçık hikayelerden utanıp rahatsız olurum
428. Gazetelerin başyazılarını okumaktan hoşlanırım
429. Ciddi konular üzerinde verilen konferansları dinlemekten hoşlanırım
430. Karşı cinsten olanları çekici bulurum
431. Başa gelebilecek talihsizlikler beni oldukça telaşlandırır
432. Kuvvetli siyasi fikirlerim vardır
433. Bir zamanlar hayali arkadaşlarım vardı
434. Otomobil yarışçısı olmayı isterdim
435. Genel olarak kadınlarla çalışmayı tercih ederim
436. İnsanlar genel olarak başkalarının haklarına saygı göstermekten çok kendi haklarına saygı gösterilmesini isterler
437. Kanuna aykırı davranmadan kanunun bir gediğinden yararlanmakta zarar yoktur
438. Bazı insanlardan o kadar nefret ederim ki ettiklerini bulunca içimden oh derim

439. Beklemek zorunda kalmak beni sinirlendirir
440. Başkalarına anlatmak için hoş fıkraları hatırımda tutmaya çalışırım
441. Uzun boylu kadınlardan hoşlanırım
442. Üzüntü yüzünden uyuyamadığım zamanlar oldu
443. Başkalarının gereği gibi yapamadığını sandığı şeyleri yapmaktan vaz geçtiğim oldu
444. Başkalarının cahilce inançlarının düzeltmeye çalışmam
445. Küçükken heyecan veren şeyler yapmaktan hoşlanırdım
446. Az parayla oynanan kumardan hoşlanırım
447. Mastürbasyonda kendi cinsimle ilgili hayal beni tahrik eder
448. Sokakta, otobüs ve dükkanlarda bana bakan insanlardan rahatsız olurum
449. İnsanlarla bir arada olmayı sağladığı için toplantı ve davetleri severim
450. Kalabalığın verdiği coşkudan hoşlanırım
451. Neşeli arkadaşlar arasına karışınca üzüntülerimi unuturum
452. Arkadaş edinemiyorum
453. Küçükken mahalledeki arkadaş ya da akran gruplarına katılmaktan hoşlanmazdım
454. Orman ya da dağdaki bir kulübede tek başıma yaşamaktan mutlu olabilirim
455. İçinde bulunduğum grubun dedikodularına ve konuşmalarına sıklıkla konu olmam
456. İnsan makul bulmadığı kanunlara aykırı hareketlerinden ötürü cezalandırılmamalıdır
457. Bence insan hiç bir zaman alkollü içkiyi ağzına almamalıdır
458. Çocukken benimle en fazla ilgilenen erkek baba, üvey baba vb bana karşı çok sert davranırdı
459. Çaba göstermekle yenemeyeceğimi bildiğim bazı kötü alışkanlıklarım var
460. Az içki kullandım ya da hiç kullanmadım
461. Kısa bir zaman için bile olsa başladığım işi bir kenara bırakmak bana güç gelir
462. Küçük abdestimi yapmada ya da tutmada güçlük çekmem
463. Sek sek oyunu oynamaktan hoşlanırdım
464. Hiç hayal görmedim
465. Bir kaç kez hayatım boyunca yaptığım işte hevesimi yitirdiğim olmuştur
466. Doktor önerisi dışında hiçbir ilaç ya da uyku hapi kullanmadım
467. Çok defa otomobil, plaka numarası gibi hiç önemli olmayan numaraları ezberlerim
468. Sıklıkla sinirli ve asık suratlı olurum
469. Onlardan önce düşündüğüm için başkaları benim fikirlerimi kısıkanıyorlar
470. Cinsiyetle ilgili şeylerden nefret ederim
471. Okulda hal ve gidişten kırık not alırdım
472. Yangın karşısında büyülenmiş gibi olurum
473. Mümkün olduğu kadar kalabalıktan uzak kalmaya çalışırım
474. Başkalarından daha sık küçük abdeste çıkmam
475. Sıkıştırıldığım zaman gerçeğin ancak bana zarar vermeyecek kısmını söylerim
476. Tanrı bana özel bir görev vermiştir
477. Arkadaşlarımla birlikte işlediğim bir suçtan eşit şekilde suçlu olduğum zaman onları ele vermektense bütün suçu üzerime almayı tercih ederim
478. Çok değişik bir aile ortamından gelmiş olmayı isterdim
479. Yabancılarla tanışmaktan kaçınmam
480. Karanlıktan çok defa korkarım

481. Bir şeyden kurtulmak için hasta numarası yaptığım olmuştur
482. Trende, otobüste vb rastladığım kimselerle çok defa konuşurum
483. Peygamberimiz göğre çıkma gibi mucizeler göstermiştir
484. Homoseksüelliği çok iğrenç buluyorum
485. Bir erkek bir kadınla beraber olunca genel olarak onun cinsiyetiyle ilgili şeyler düşünür
486. İdrarımda hiç bir zaman kan görmedim
487. Uğraştığım iş yolunda gitmeyince hemen vaz geçerim
488. Sık sık dua ederim
489. Yaşamı yalnızca üzüntülü, sıkıntılı tarafları ile benimseyen insanlara sempati duyarım
490. Haftada birkaç kere kuran okurum
491. Sadece bir tek dinin doğruluğuna inananlara tahammül edemem
492. Zelzele düşüncesi beni çok korkutur
493. Tam dikkat isteyen işleri, beni dikkatsizliğe sürükleyen işlere tercih ederim
494. Kapalı ve küçük yerlerde bulunmaktan çok rahatsız olurum
495. Kusurlarını düzeltmeye çalıştığım insanlarla genel olarak gayet açık konuşurum
496. Eşyayı hiçbir zaman çift görmem (Yani tek olan şeyleri çift görmem)
497. Macera hikayelerinden hoşlanırım
498. Açık sözlü olmak her zaman iyidir
499. Gerçekten önemsiz olan bir şey üzerinde bazen sebepsiz olarak haddinden fazla üzüldüğüm olur
500. Bana parlak gelen bir fikre hemen kapılır giderim
501. Başkalarından yardım beklemektense genel olarak bir işi kendi başıma yapmayı tercih ederim
502. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım
503. Başkalarının hareketlerin çok beğenip beğenmediğimi pek belli etmem
504. Değersiz gördüğüm ya da acıdığım kimseye bu duygularımı belli etmekten çekinmem
505. Zaman zaman kendimi öyle güçlü ve enerjik hissedirim ki böyle zamanlarda günlerce uykuya ihtiyaç duymadığım olur
506. Sinirleri çok gergin bir insanım
507. İşler iyi gidince aslan payını kendilerine alan fakat hata yapılanca bunu başkalarının üzerine atan insanlarla karşılaştım
508. Koku alma duyum herkes kadar iyidir
509. Bazen çekingenliğim yüzünden hakkımı arayamam
510. Pislik ve kir beni ürkütüp iğrendirir
511. Herkesten gizli tuttuğum bir hayal dünyam var
512. Yıkanmaktan hoşlanmam
513. Kış mevsimini severim
514. Erkek gibi davranan kadınlardan hoşlanırım
515. Evimizde daima gerekli ihtiyaç maddeleri bulunurdu (Yeteri kadar yiyecek, giyecek vb gibi)
516. Ailemde çabuk kızan kimseler var
517. Hiç bir şeyi iyi yapamam
518. Bazı durumlarda olduğumdan daha fazla üzüntülü görünmeye çalıştığım olmuştur
519. Cinsel organlarımda bir bozukluk var

520. Genel olarak görüşlerimi kuvvetle savunurum
521. Bir grup içinde konuşma yapmam ve çok iyi bildiğim bir konuda fikrimi söylemem istenince kaygılanmam
522. Örumcekten korkmam
523. Yüzüm hemen hemen hiç kızarmaz
524. Kapı tokmaklarından hastalık veya mikrop alacağımdan korkmam
525. Bazı hayvanlardan ürkerim
526. Gelecek bana ümitsiz görünüyor
527. Ailem ve yakın akrabalarım birbirleriyle oldukça iyi geçinirler
528. Yüzüm başkalarından daha sık kızarmaz
529. Pahalı elbiseler giymeyi isterim
530. Sebepsiz yere sık sık içim sıkılıyor ve ağlamak istiyorum
531. Bir konu üzerinde karar verdiğimi zannetsem bile başka biri fikrimi kolayca değiştirebilir
532. Acıya başkaları kadar ben de dayanabilirim
533. Sık sık geçirmekten şikayetim yoktur
534. Çoğunlukla başladığım işten en son vazgeçen ben olurum
535. Hemen hemen her zaman ağzımda kuruluk olur
536. Beni acele ettirenlere kızarım
537. Afrika'da aslan avına çıkmak isterdim
538. Terzilikten hoşlanabileceğimi sanıyorum
539. Fareten korkmam
540. Yüzüme hiç felç inmedi
541. Cildime ufak bir şeyin dokunmasından çok huylanırım
542. Şimdiye kadar rengi kapkara büyük abdest yapmadım
543. Haftada birkaç kez korkunç bir şey olacakmış duygusuna kapılırım
544. Çoğu zaman yorgunluk hissederim
545. Bazen aynı rüyayı tekrar tekrar görürüm
546. Tarih okumaktan hoşlanırım
547. Toplantı ve kalabalık eğlencelerden hoşlanırım
548. Elimdeyse açık saçık numaraların yapılacağı eğence yerlerine gitmem
549. Karşıma çıkacak güçlüklerden korkak ve kaçarım
550. Kapı mandallarını onarmaktan hoşlanırım
551. Bazen başkalarının kafamın içindekilerindi okuduğundan eminim
552. Bilimsel yayınları okumaktan hoşlanırım
553. Açık yerlerde veya geniş meydanlarda tek başıma kalmaktan korkarım
554. Sıkıntım oldukça alkol alırım
555. Bazen çıldıracaktım gibi olurum
556. Kılık kıyafetime çok itina ederim
557. Hayatı fazla ciddiye almıyorum
558. Birçok kimseler kötü cinsel faaliyetlerinden dolayı suçludurlar
559. Gece yarısı çoğunlukla korkuya kapıldığım olur
560. Bir şeyi nereye koyduğumu unutmaktan çok şikayetçiyimdir
561. Ailem benim için büyük bir dayanaktır
562. Çocukken en fazla bağlandığım ve hayran kaldığım kimse bir kadındı
563. Macera hikayelerini aşk hikayelerinden daha çok severim
564. Yapmak istediğim fakat başkalarının beğenmediği bir işten kolayca vazgeçerim
565. Yüksek bir yerde iken içimden atlama isteği gelir
566. Sinemalardaki aşk sahnelerini severim

