



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

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ
OLGULARI DEĞERLENDİRME HEYETİNE 2005-2017
YILLARI ARASINDA BAŞVURAN ADLİ OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ayşegül KIZILTOPRAK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU

ADANA, 2018

TEŞEKKÜR

Bölüme başladığım ilk andan itibaren kendimi evimde hissettiren, tecrübeleri ve bilgisiyle güven veren, hayata bakışı, duruşu ve sabrıyla örnek aldığım değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU'na, teşekkür ederim.

Kendisiyle tanışma ve asistanı olma fırsatı yakaladığım için şanslı hissettiğim, enerjisi ile içimizi ısıtan, hayata bakışı ve duruşuyla örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Ayşe AVCI'ya, her konuda yardımını çekinmeden istediğim, sıcaklığı ve samimiyetini her fırsatta hissettiren, tecrübesi ve bilgisiyle örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Gonca GÜL ÇELİK'e, uzmanlık eğitimim boyunca her konuda yardımcı olan, farklı bakış açılarından hasta değerlendirmeme katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Özge METİN'e, bölüme ilk geldiği andan itibaren sıcaklığı, güleryüzü, her konuda desteği ile bizlere 'abla' olan sevgili hocam Uzm. Dr. Perihan ÇAM RAY'a teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince Adli Olguları Değerlendirme Heyeti'nde birlikte çalışma fırsatına sahip olduğum için, kendimi çok şanslı hissettiğim,engin bilgi ve tecrübelerini bizlere aktaran Prof. Dr. Necmi ÇEKİN ve Prof. Dr. Nurdan EVLİYAĞLU'na çok teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında; bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatına sahip olduğum başta hocalarım; Prof. Dr. Lut TAMAM, Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ, Dr. Öğr. Üyesi Soner ÇAKMAK ve Uzm. Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL olmak üzere psikiyatri birimindeki asistan arkadaşlarım, hemşire ekibi ve personeline teşekkür ederim. Çocuk Nöroloji rotasyonum sırasında tecrübe ve bilgilerinden yararlanma fırsatı bulduğum hocalarım; Prof. Dr. Şakir ALTUNBAŞAK, Prof. Dr. Mihriban Özlem HERGÜNER ve Prof. Dr. Faruk İNCECİK'e teşekkür ederim.

Asistanlık sürecim boyunca birlikte çalıştığım, bu sürede çok güzel anlar paylaştığımız tüm asistan arkadaşlarıma destekleri için çok teşekkür ederim.

Birlikte çalıştığımız psikologlarımıza, hemşirelerimize, anabilim dalı sekreterlerimize ve tüm personellerimize destekleri için çok teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca, maddi-manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, en zorlandığım anların üstesinden gelmemi sonsuz kolaylaştıran başta annem olmak üzere bütün aileme çok teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	III
TABLO LİSTESİ	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tarihçe	2
2.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi	3
2.3.Tanımlamalar	4
2.4 Sınıflandırma.....	5
2.4.1 Fiziksel İstismar ve İhmal.....	5
2.4.2. Duygusal İstismar ve İhmal	6
2.4.3.Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı	7
2.4.3.1 Cinsel İstismar Türleri.....	7
2.4.3.2 Ensest.....	8
2.4.3.2.1 Ensest Risk Faktörleri	9
2.5. Epidemiyoloji.....	10
2.6. Değerlendirme ve Tanı	11
2.6.1 Çocukla Görüşme ve Öykü Alma	11
2.6.2.Fizik Muayene	13
2.6.3.Ruhsal değerlendirme	15
2.7.Cinsel İstismarın Çocuklar ve Gençler Üzerine Etkileri	15
2.7.1.Akut Stres Bozukluğu (ASB)	15
2.7.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	16
2.7.3.Uyum Bozukluğu	17
2.7.4.Depresif Bozukluk ve Öz kırım.....	18
2.7.5. Zedelenmiş Cinsellik	18

2.7.6. Psikotik Bozukluk	19
2.8. Cinsel İstismar Olgularının Sosyodemografik Açıdan Değerlendirilmesi	19
2.8.1. Mağdura Ait Özellikler	19
2.8.2. Aileye Ait Özellikler	21
2.8.3. Cinsel İstismara Ait Özellikler	22
2.9. Cinsel İstismardan Korunma ve İstismarı önleme	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Çalışma yöntemi	25
3.2. Çalışma Grubu	25
3.3. Olguların Değerlendirilmesi	25
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	26
3.5. İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR	28
4.1. Sosyodemografik Özellikler	28
4.1.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri	28
4.1.2. Ailelere Ait Sosyodemografik Özellikler	29
4.1.2.1. Annelere Ait Özellikler	29
4.1.2.2. Babalara Ait Özellikler	31
4.1.2.3. Aile Durumuna İlişkin Özellikler	32
4.2. Cinsel İstismarın Özellikleri	34
4.2.1. Cinsel İstismar Şeklinin Değerlendirilmesi	34
4.2.2. Cinsel İstismar Sıklığının Değerlendirilmesi	35
4.2.3. Cinsel İstismara Eşlik Eden İhmal ve Diğer İstismarlar	36
4.2.3.1. İhmal	36
4.2.3.2. Fiziksel istismar	38
4.3. İstismarcının Özellikleri	39
4.4. İstismar Olgularında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Mental Retardasyon Öyküsü	41
4.5. İstismara Yaklaşım	42
4.5.1. Çocuğun İstismara Yaklaşımı	42
4.5.2. Ailenin İstismara ve Çocuğa Yaklaşımı	42

4.6. İstismarın Sonuçlarının Değerlendirilmesi	44
4.6.1. Olguların Adli Değerlendirme Heyeti'nde Aldıkları Tanılar	44
4.6.2. Gebelik.....	44
4.6.3. İstismarın Sosyal Sonucu.....	45
4.7. İstismar Olgularının Takibi.....	45
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
EKLER	70
Ek-1: Demografik Bilgi Formu.....	70
Ek-2: İstismar Bilgi Formu.....	71
ÖZGEÇMİŞ	73

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Olguların Yaş ve Cinsiyete Göre Sınıflandırılması	28
Tablo 2. Olguların kardeş sayısına göre değerlendirilmesi	28
Tablo 3. Annelerin Sosyodemografik Değerlendirilmesi	30
Tablo 4. Cinsiyet ve Annede Ruhsal Hastalık Arasındaki İlişki	30
Tablo 5. Tekrarlayan Cinsel İstismar ve Anne Özellikleri Arasındaki İlişki.....	30
Tablo 6. Babaların Sosyodemografik Değerlendirilmesi.....	31
Tablo 7. Babanın Özellikleri ve Tekrarlayan Cinsel İstismar İlişkisi	32
Tablo 8. Aile Durumunun Değerlendirilmesi	32
Tablo 9. Cinsiyet ve Aile Özellikleri Arasındaki İlişki	33
Tablo 10. Aile Özelliklerinin Tekrarlayan Cinsel İstismarla İlişkisi.....	34
Tablo 11. Cinsel İstismar Şeklinin Değerlendirilmesi	34
Tablo 12. Cinsiyet ve Penetrasyon Varlığı Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 13 .Penetrasyon Varlığı ve Cinsel İstismar Tekrarı Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 14. Tekrarlayan Cinsel İstismar Olgularında Etkili Faktörler.....	36
Tablo 15. İhmal Varlığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 16. İhmal Varlığının Aile Özellikleri ile İlişkisi.....	37
Tablo 17. Fiziksel İstismar Birlikteliğine Aile Özelliklerinin Etkisi.....	38
Tablo 18. İstismarcıların dağılımına ait veriler	39
Tablo 19. İstismarcıların Tanındık Olduğu Durumların Karşılaştırılması	40
Tablo 20. İstismarcı Sayısı ile İstatistiksel Anlamlı Değişkenlerin Analizi	40
Tablo 21. Cinsel İstismarda DEHB Öyküsünün Değerlendirilmesi.....	41
Tablo 22. İstismarda MR Öyküsü değerlendirmesi	41
Tablo 23. Ailenin İstismara Yaklaşımıyla İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması	43
Tablo 24. Ailenin Çocuğa Yaklaşımıyla İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 25. Heyette Alınan Tanıların Değerlendirilmesi	44
Tablo 26. İstismarın Sosyal Sonuçlarının Değerlendirilmesi	45
Tablo 27. Adli Birimlere Önerilerin Değerlendirilmesi.....	45

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
Cİ	: Cinsel İstismar
ÇCİ	: Çocukluk Cinsel İstismarı
ÇHS	: Çocuk Hakları Sözleşmesi
Çİ	: Çocuk istismarı
ÇİKORED	: Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
ÇİVİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
ÇÜTF	: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
DEHB	:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Fİ	: Fiziksel istismar
HPA	: Hipotalamohipofizer Aks
MR	: Mental retardasyon
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSSB	:Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UB	: Uyum Bozukluğu

ÖZET

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Olguları Değerlendirme Heyetine 2005-2017 Yılları Arasında Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmamızda cinsel istismar olgularının psikososyal, psikiyatrik ve adli özelliklerinin değerlendirilerek olguların sosyodemografik özellikleri, karşılaştıkları adli süreçler ve yaşadıkları adli olayların sonrasında ortaya çıkan psikiyatrik sorunların bireysel, toplumsal, sosyal ve kültürel açıdan sonuçları ile birlikte değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Adli Olgular Değerlendirme Heyeti'nde 2005 Ocak-2017 Aralık tarihleri arasında değerlendirilen 1327 kız, 389 erkek toplam 1716 cinsel istismar olgusu alındı, dosyaların geriye dönük dosya incelemesi yapıldı.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması $13,85 \pm 3,64$ idi (kız= $14,7 \pm 4,14$ yaş, erkek= $10,8 \pm 3,6$ yaş). Annelerin % 7,9'unda; babaların % 4,1'inde ruhsal hastalık mevcutken; babaların % 12,2'sinde alkol kullanımı mevcuttu. Olguların 484'ünde (% 28,2) anne-baba boşanmıştı. İstismar şekillerinden sürünme 303 (% 17,6), genital penetrasyon 445 (% 25,9), anal penetrasyon 279 (% 16,2), oral penetrasyon 26 (% 1,5) olguda mevcuttu. Olguların 870'inde (% 50,7) tekrarlayan istismar öyküsü belirlenirken, erkeklerin % 56,8'inde, kızların % 51,3'ünde penetrasyon mevcuttu. Olguların % 34,2'sinde ihmal gözlenirken; % 18,1'irinde fiziksel istismar mevcuttu. Olguların % 7,8'inde (n=133) baba, % 4,3'ünde (n=74) abi, % 10,2'sinde (n=174) akraba, % 50,5'inde (n=860) akraba dışında tanıdık, % 3,7'sinde (n=63) nikahsız eş, % 1,4'ünde (n=23) üvey baba, % 19,2'sinde (n=327) yabancı kimse istismarcı idi. Olguların % 16,4'ünün istismarı gizlerken; ailelerin % 12,3'ünün istismarı gizlediği, ailelerin % 18,1'inin çocuğa suçlayıcı yaklaştığı görüldü.

Sonuç: Cinsel istismar olgularında yaş, cinsiyet, annenin eğitim durumu ve ruhsal hastalık öyküsü, babanın eğitim durumu, ruhsal hastalık ve alkol kullanım öyküsü, anne babanın ayrı olması, anne-baba dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme, kurum bakımı alma, ihmal ve fiziksel istismar öyküsü olan bireylerle cinsel istismar olguları arasında yakın ilişki saptandı.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Cinsel İstismarı, Risk Faktörleri, İstismarın Sonuçları ve Önlenmesi

ABSTRACT

Evaluation of the Forensic Cases Applying to the Evaluation Committee of Çukurova University Medical Faculty for Forensic Cases Between 2005-2017

Objective : In our study, we aimed to evaluate the psychosocial, psychiatric and forensic characteristics of the cases of sexual abuse, and to evaluate the sociodemographic characteristics of the cases, the forensic processes they encountered and the psychiatric problems occurring after their forensic events with their individual, social, social and cultural results.

Material and Methods : The study included 1716 sexual abuse cases of 1327 girls, 389 boys, evaluated between January 2005 and December 2017 and cases were studied retrospectively.

Results: The mean age of the patients was 13.85 ± 3.64 (girls = 14.7 ± 41.4 years, male = 10.8 ± 3.6 years). 7.9% of mothers; while 4.1% of the fathers had mental illness; 12.2% of fathers had alcohol use. 484 (28.2%) of the cases were divorced. Type of sexual abuse was 303 (17.6%) friction, 445 (25.9%) genital penetration, 279 (16.2%) anal penetration, 26 (1.5%) oral penetration, while 870 (50.7%) of the cases had a history of recurrent abuse, 56.8% of males and 51.3% of females had penetration. While 34.2% of cases were neglected; 18.1% had physical abuse. Of the cases, 7,8% (n = 133) had a father, 4.3% (n = 74) had brother, 10,2% (n = 174) had relatives, 50,5% (n = 860) out of all the acquaintances, 3,7% (n = 63) of the unmarried partner, 1,4% (n = 23) of the step-father and 19,2% (n = 327) of the foreigners were abusers. While 16.4% of the cases were hiding the abuse; 12.3% of the families concealed the abuse, and 18.1% of the families were accused of accusing the child.

Conclusions: There was a close relationship between sexual abuse cases of age, gender, maternal education status and history of mental illness, father's education status, mental illness and alcohol use history, separation of parents, development of institution care, neglect and physical abuse.

Key Words: Child Sexual Abuse, Risk Factors, Results and Prevention of Abuse

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk istismarı (Çİ), çocukların başta anne babaları olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen, beden veya ruh sağlığına zarar veren, kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılmasıdır. Çİ fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olmak üzere üç başlık altında ele alınmaktadır.^(1,2)

Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneğine göre Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı (ÇCİ); rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir davranış içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulmasıdır.⁽³⁾

ÇCİ başlıca risk etkenlerinden olgu grubunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, fiziksel ve ruhsal hastalık varlığı iken; ailesel özelliklerden anne baba yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, ruhsal hastalık varlığı, ailede boşanma öyküsü, tek ebeveyn ile büyüme, ihmal ve fiziksel istismar varlığı başlıca risk faktörleri olarak bilinmektedir.⁽⁴⁾

Çalışmamızın amacı 2005-2017 yılları arasında Ç.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen psikiyatri polikliniğine adli makamlar tarafından rapor düzenlenmesi için yönlendirilen ve Adli Olguları Değerlendirme Heyeti'nde değerlendirilen cinsel istismar olgularının psikososyal, psikiyatrik ve adli özelliklerinin değerlendirilerek; çocuk ve ergenlerin suça maruz kalma açısından risk altında olduğu durumların saptanması, olguların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, aile özellikleri ve yaşam koşulları başta olmak üzere sosyodemografik özellikleri, karşılaştıkları adli süreçler ve yaşadıkları adli olayların sonrasında ortaya çıkan psikiyatrik sorunların bireysel, toplumsal, sosyal ve kültürel açıdan sonuçları ile birlikte değerlendirilmesi hedeflenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Çocuk istismarına (Çİ) ait yazılı kaynaklar oldukça eski çağlara dayanmakla birlikte, özellikle son yüzyılda dikkati çekebilmeyi başarmıştır. Çİ'nin yazılı kaynaklarda bir kavram olarak yer almasına bir avukatın cezaevinde çocuklara karşı işlenmiş suç nedeniyle bulunan yükümlüleri incelemesi öncülük etmiştir.^(5,6)

Çİ'ye yönelik ilk tıbbi tanımlamayı ise 1860 yılında Fransız Adli Tıp profesörü Ambres Tardeu, Paris Tıp Akademisi'nde fiziksel ve cinsel istismar sonucu öldürüldüğünü tespit ettiği çocukların otopsi bulgularını derleyerek yapmıştır.⁽⁷⁾ Caffey 1946'da uzun kemik, kosta kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulamış, Kempe 1961 yılında 'Hırpalanmış Çocuk' kavramını tanımlamıştır.^(8,9,10)

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ilk Çİ olgusu 1874'te, 8 yaşında üvey annesi ile birlikte New York'ta yaşayan kız çocuğunun sürekli dayak yediğine şahit olan komşularının yardım için birçok merkeze başvurmasıyla mahkemeden koruma kararı çıkarılarak, çocuğun bir bakım evine yollanmasıyla sonuçlanmıştır. Bu olayda üvey anneye sekiz ay ceza verilmiş ve bu davanın avukatlığını yapan Elbridge Gerry tarafından çocuklara yönelik suçlarla ilgilenen ilk dernek kurulmuştur.⁽¹¹⁾ 'Hırpalanmış Çocukları Koruma ve Tedavi Etme' adı altında ABD'de 1974 yılında istismara uğrayan çocukların tanınması, korunması ve tedavilerinin sağlanması ve bu olguların rapor edilme zorunluluğunu getiren yasa çıkarılmıştır.⁽¹²⁾

Ülkemizde ise çocukların haklarının korunmasına yönelik hizmet veren ilk kurum olan Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), 1921 yılında ilk olarak Himaye-i Etfal Cemiyeti adıyla, Kurtuluş Savaşı sırasında öksüz ve yetim kalan çocukların korunması amacıyla kurulmuş olup daha sonra Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu adı altında aile ve çocuğa yönelik sosyal hizmet çalışmalarını yürütmeye başlamıştır.⁽¹³⁾

Ülkemizde ilk olarak 1988 yılında, Ankara'da Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği kurulmuş olup, dernek toplumu ve kişileri Çİ ile ilgili bilinçlendirmek için uluslararası düzeyde toplantılar düzenlemekte, konuyla ilgili araştırmalar yapmakta ve

yayınlar hazırlamaktadır. Özellikle ülkemizde son dönemlerde Çİ'ye yönelik dikkatin artmasıyla bu sürece çok sayıda sivil toplum kuruluşu da destek vermektedir. Gene 1991 yılında tıp doktoru, pedagog, psikolog, hukukçu ve gönüllüler tarafından Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) kurulmuş olup bu konuda çok sayıda çalışma yürütmektedir.⁽¹³⁾

2.2. Çocuk Hakları Sözleşmesi

İnsanların barış ve huzur içinde bir dünyada yaşama isteğinden doğan Milletler Cemiyeti, ilk olarak 26 Eylül 1924 yılında Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'ni kabul etmiştir. 1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Sözleşmesi'nde çocukların hak ve özgürlüklerine yeterince değinilmediği için, çocuklara özgü durumları ve özel korunma ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik ayrı bir belge hazırlanmaya başlanmış ve 1959 yılında 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı oturumda Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS) kabul edilmiştir.⁽¹⁴⁾

14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanıp, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan sözleşme, 9 Aralık 1994'te Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından onaylanarak, 4058 sayılı yasa ile resmi gazetede yayınlanarak uygulanmaya başlanmıştır.⁽¹⁵⁾

ÇHS 3 bölümden oluşmakta, birinci bölümde 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yasama, geliştirme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile düzenleyen temel alanlar ve bu alanların uygulanmasına yönelik devlete düşen görevler yer almaktadır (madde1-41). Sözleşmenin 1. Maddesinde 'daha önce kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır' şeklinde çocuk tanımlanmaktadır. İkinci ve üçüncü bölümlerde sözleşmenin öğretilmesi, yürürlüğe girmesini ve sözleşmeye uyulmasını düzenleyen kurallara yer verilmiştir (madde 43-54).

ÇHS'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri Çİ, ihmali ve önlenmesiyle ilgilidir.

19'uncu madde de; 'Çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari,

toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar. Bu tür koruyucu önlemler burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başlıca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar; durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir' şeklinde tanımlanmıştır.

34'üncü madde de taraf devletler, çocuğu her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu durum ''çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması ve ya zorlanması; çocukların fuhuş ya da cinsel faaliyette bulundurulması sömürülmesini; çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemelerde kullanılarak sömürülmesini önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili ile çok taraflı ilişkilerde her türlü önlem alınır'' şeklinde ifade edilmektedir.

39. maddede de; ''taraf devletler her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma, toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir'' şeklinde belirtilmektedir.

ÇHS, dünyanın her yerinde benimsenmiş ve çocuğun yüksek yararının öncelikli amaç olarak belirlendiği uluslararası bir sözleşmedir.^(16,17)

2.3.Tanımlamalar

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ), etyolojisinde karmaşık birçok sürecin yer aldığı, tıbbi, hukuksal ve psikososyal birçok sonucu olan bir sorundur. Toplumların her sosyokültürel düzeyinde ve her iki cinsiyette de görülebilen önemli bir toplum ve ruh sağlığı sorunudur.⁽¹⁸⁾

İlk kez batı literatüründe 1860 yılında Kempe ve arkadaşları tarafından kullanılan ÇİVİ kavramı, anne babaların veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği ya da yerine

getirmeyi ihmal ettikleri eylemler sonucunda çocukların kaza dışı zarar görmeleri olarak tanımlanmıştır.⁽¹⁹⁾

ÇİVİ, farklı toplumlarda ve kültürlerde farklı algılandığından, 1980 yılında bu tanımlamaya uzman görüşü boyutu da eklenerek; anne baba veya çocuktan sorumlu kişiler tarafından yapılan, toplumsal değerler ve uzman görüşlerince; çocuğun sağlığı açısından sakıncalı olduğuna kanaat getirilen tüm eylemler şeklinde yeniden düzenlenmiştir.⁽¹⁾

Daha net bir tanımlamayla ÇİVİ; anne, baba ya da bakıcı gibi çocuğa bakmakla yükümlü bir erişkin tarafından yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur.^(2,20)

Çocuk ihmali ise, başta anne ve baba olmak üzere bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır.^(16,21,22)

2.4 Sınıflandırma

Çİ, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak 3 gruba ayrılırken, çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak 2 temel grupta incelenmektedir.

2.4.1 Fiziksel İstismar ve İhmal

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu kişi tarafından sağlığına zarar verecek şekilde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak ya da ısırılarak yapılabilmektedir.^(23,24)

Fiziksel istismarın cinsiyetler arasında dağılımı benzer olmakla birlikte, dağılımda yaşla birlikte değişiklikler görülmekte, ergenlik çağında kızlarda daha sık görülmektedir.⁽²⁵⁾ Çocukluk döneminde anne, ergenlik döneminde ise babalar tarafından

daha fazla fiziksel istismar uygulandığı gözlenmektedir.⁽²⁶⁾ Ayrıca 20 yaşın altında anne olanların daha sık fiziksel istismar uyguladıkları bildirilmektedir.⁽²⁷⁾

Fiziksel ihmal de ise; çocuk için gerekli sağlık hizmetlerinin verilmemesi ya da geciktirilmesi, hastalık ve yaralanmaların önemslenmemesi, yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, yeterince beslenmemesi, temizlik ve hijyenle ilgili bakımın sağlanmaması, zarar verici ve toksik maddelerden korumak için yeterli önlem alınmaması gibi pek çok durum söz konusudur. Ülkemizde ailenin sosyokültürel düzeyi ve gelenek görenek kapsamında iyi niyet çerçevesinde uygulanan ihmal hatta istismar kabul edilen yanlış uygulamalar olabilmektedir. Sarılıkta kulak kesmek, ateşi çıkınca su vermemek, kırk gün doluncaya kadar sıkı kundak yapıp kucağa almamak bu durumlara birkaç örnek olarak gösterilebilir.⁽²⁸⁾

2.4.2. Duygusal İstismar ve İhmal

Çocukların ruh sağlığı gelişiminde güven duyma, sosyalleşme, sınırlarının öğretilmesi, yeterli uyaran sağlanması ve kendini değerli görebilme önemli yer tutmaktadır. Duygusal istismar bu temel ihtiyaçlardan bir ya da birkaçının karşılanmaması olarak tanımlanabilir.⁽⁴⁾

Fiziksel ve cinsel istismardan farklı olarak duygusal istismarda fiziksel bulguların yokluğu, tanı koymada güçlükler ortaya koymakla birlikte, yasal olarak kanıtlanmasını da zorlaştırmaktadır.⁽²⁹⁾ Tanıda güçlükler neden olan diğer bir faktör ise bazı anne-baba tutumlarının belli yaş aralığında ve bazı kültürlerde farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır. Bebeklik döneminde koruyucu ve bakım verenin olumlu anne davranışlarının çocuğun gelişimsel düzey ve ihtiyaçlarından bağımsız olarak devam etmesi de duygusal istismar olarak değerlendirilmelidir.⁽¹³⁾

Duygusal istismar olarak değerlendirilebilecek başlıca ana-baba davranışları arasında; çocuğun ihtiyaçlarını karşılamama, yokmuş gibi davranma, beğenmeme, yardım taleplerini reddetme, fiziksel temas kurmama, çocuğu toplumsal ilişkilerden ve kendinden uzak tutma, sözel fiziksel saldırılarla çocuğu korkutma, tehdit etme, suça yöneltme, aşağılama, kendi çıkarına göre kullanma, vaktinden önce yetişkin rolü verme sayılabilir.^(30,31,32)

2.4.3.Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı

Çocukluk çağı cinsel istismarının (ÇCİ) tanımlanmasında farklılıklar olmakla birlikte, ilk tanımlama 1978 yılında Ruth ve Henry Kempe tarafından ‘‘bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay veremeyecekleri, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde kullanılmaları’’ olarak tanımlanmıştır.^(33,34)

Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği ÇCI’yi; rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir davranış içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımlama dikkate alındığında, söz konusu davranışı uygularken herhangi bir araç yada cebir kullanılıp kullanılmadığı, genital ya da fiziksel temas içerip içermediği, çocuk tarafından başlatılıp başlatılmadığı ve kısa dönemde ortaya çıkacak düzeyde zararlı bir sonuç oluşturup oluşturmadığıyla ilişkili olmadığı görülmektedir.⁽³⁵⁾

2.4.3.1 Cinsel İstismar Türleri

Foller ÇCİ türlerini yedi alt başlık olarak incelemiştir:

1. Temas içermeyen cinsel istismar türleri

Çocukla seks içerikli konuşmalar yapılması, çocuğa pornografik içerikli materyallerin gösterilmesi, çocuğun cinsel içerikli fotoğraflarının çekilmesi, istismarcı tarafından çocuğa genital bölgelerin gösterilmesi, çocuğun önünde masturbasyon yapılması, çocuğun soyunukken veya istismarcıyı cinsel olarak tatmin eden aktiviteler sırasında gözlenmesi (röntgencilik) temas içermeyen cinsel istismar türlerindendir.

2. Cinsel dokunma

Vücudun özel bölgelerine yapılan herhangi bir dokunmadır.

3. Orogenital ilişki

İstismarcının çocuğun genital organlarını yalaması, öpmesi, emmesi ve ısırması veya çocuğun oral yoldan kendisiyle birleşmesini sağlamasıdır.

4. İnterfemoral ilişki

Kuru ve vulvar ilişki de denen bu istismar türünde istismarcının penisini çocuğun bacakları arasına yerleştirmesi söz konusudur.

5. Seksüel penetrasyon

İstismarcının mağdurun bir vücut açıklığına girmesidir.

A. Dijital penetrasyon: Parmakların vajinaya, anüse ya da ikisine birden yerleştirilmesidir.

B. Objelerle penetrasyon: Vajina, anüs veya ağza bir nesne yerleştirilmesidir.

C. Genital penetrasyon: Penisin vajinaya penetrasyonudur.

D. Anal penetrasyon: Penisin mağdurun anüsüne penetrasyonudur. Mağdurun erkek olduğu durumlarda daha sıktır.

6. Cinsel sömürü

Sömürüden sorumlu kişiler çocukla direk cinsel temasa girmezler, daha çok maddi kazanç amacıyla mağdurları kullanırlar. Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşu bu kapsamda değerlendirilir.

7. Cinsel istismarın diğer türleri

Cinsel amaçla çocuğun üzerine çiş, kaka yapma gibi alışılmadık durumların görüldüğü olguları içermektedir.⁽³⁶⁾

2.4.3.2 Ensest

Ensest, ‘yasak sevi’ olarak ta bilinen aile içi cinsel ilişki olarak tanımlanmakla birlikte, Latince ‘incestus’ kelimesinden türeyen, ‘pis, kirlenmiş, uygunsuz, ahlaksız, iffetsiz’ anlamlarına gelmektedir. Dilimizde karşılığı olmayan bu kelime Arapça’da ‘fücur’la karşılanmaktadır. Fücur, dilimize ‘günah, zina’ anlamlarında karşılık bulmaktadır. Bugün bu terim toplumumuzda ‘evlenmeleri ahlakça, hukukça ve dince yasaklanmış yakın akraba kadın ve erkeğin cinsel ilişkide bulunması’ anlamında kullanılmaktadır.^(37,38)

Literatüre bakıldığında ensestin tek ve kesin tanımı yapılamamakla birlikte, tanımın farklı toplumsal disiplinlere göre farklılık gösterdiği gözlenmektedir. 1980 yılında Amerikan Sağlık Eğitim ve Koruma Bölümü ensesti; ‘Aile içi yaşamında ana baba figürüne, gücüne ve otoritesine sahip kişilerin, çocuğu cinsel anlamda taciz etmesi’ şeklinde tanımlamaktadır. Son çalışmalarda üzerinde ortak kararın olduğu ensest tanımında ‘aile üyeleri arasında evli olanlar haricinde diğer üyelerin her türlü erotik hareket (sözlü, sözsüz, fiziksel, görsel) ve davranışları’ yer almaktadır.^(39,40)

Ensest için kan bağı koşulu aranmamakla birlikte, üveylik ilişkisi, evlatlık alınma, çocuğun bakımından sorumlu olma, ailenin güvendiği bir kişi (anne, baba, amca, hala, dayı, kuzen, teyze, yakın aile dostları) ve bu kişilerin baştan çıkarıcı konuşma, temas, teşhircilik, öpme, okşama gibi cinsel içerikli davranışlarının tümü ensest olarak değerlendirilmektedir. Ensestin en yaygın görülen şekli baba-kız arasında olmakla birlikte, kardeşler arasındaki sıklığı da azımsanacak düzeyde değildir.^(41,42)

Amerika’da yapılan araştırmalara göre cinsel istismara uğrayan çocukların % 1-2’lik oranı çok yakın olan anne, baba, abi ya da abla tarafından istismara maruz bırakılmaktadır.⁽⁴³⁾ Yine Amerika’da yapılan diğer araştırmalarda ise bu oranın % 10 ila % 32 kadar yüksek oranda olduğu belirtilmektedir.⁽⁴⁴⁾ Aile içi ensest yaşantısı varlığında bunun tek çocukla sınırlı kalmadığı, sırasıyla evdeki bütün çocukların aynı kişi tarafından istismara maruz bırakıldığı sıklıkla rastlanan bir durumdur. Ensest olgularının % 50’sinde aile içinde birden çok kurban bulunduğu, diğer kurbanların da % 41’inin abla ya da diğer kardeşler olduğu bildirilmektedir.⁽⁴⁵⁾ Ülkemizde yapılan, 50 olgudan elde edilmiş küretaj materyalinin DNA analizi, iç çamaşırı veya genital sürüntünün değerlendirilmesiyle yapılan çalışmada; en sık kardeş ensesti, ikinci sıklıkta baba-kız ensesti belirlenirken, 50 olgudan sadece 1 tanesi anne-oğul ensesti, yedi olgunun ise 18 yaş altı olduğu bildirilmiştir.⁽⁴⁶⁾

2.4.3.2.1 Ensest Risk Faktörleri

Diğer cinsel istismar türlerine göre süreğenlik göstermesi ve daha yıkıcı sonuçlara yol açması itibarıyla enseste yol açan risk faktörlerinin belirlenmesi, istismara kurban giden çocuklar ve bu alanda çalışan profesyoneller için oldukça önemlidir.

Parçalanmış aile yapısı, aile içi şiddetin varlığı, ailede alkol ve madde kötüye kullanım öyküsü, kalabalık aile yapısı, ebeveynlerin cinsel istismara uğrama öyküleri, ebeveynlerin eğitim ve sosyoekonomik açıdan düşük düzeyde olmaları, yetersiz sosyal destek, işsizlik annenin hasta olması, annenin gece çalışmak zorunda olması veya evi terk etmesi, ebeveynlerin sorunlu cinsel yaşantıları, ebeveynlerde ruhsal veya fiziksel hastalıkların varlığı, yetişkinlerin çocukla aynı odayı ya da yatağı paylaşması, 6-8 yaşlarında ve kız çocuğu olmak, iktidarsızlık gibi etkenler ensest açısından en önemli risk faktörleridir.^(47,48)

Ensestin meydana geldiği ailelerin ortak özelliklerinin incelendiği çalışmalarda, anne ve babaların çocuklara karşı duygusal açıdan uzak olduğu, bununla birlikte ev içerisinde cinsel içerikli davranışların görüldüğü ifade edilmektedir. Bu ailelerdeki en sık kullanılan savunma mekanizmaları arasında yadsıma (inkar) olup, küçümseme, rasyonalizasyon ve bilişsel çarpıtma gibi diğer patolojik savunma mekanizmalarının da sık kullanıldığı dikkat çekmektedir. Gene aile içi istismar olgularında babada sıklıkla alkol ve madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik özelliklerinin ön planda olduğu gözlenmektedir.⁽⁴⁹⁾

Aile içi cinsel istismar olgularında sosyal izolasyon sık görülmekte, ailelerin çoğunlukla dışa kapalı olması dikkati çekmektedir. Ebeveynlerin yetersiz gözetim ve denetimi, aile içi çatışma, çocuk ile kurula bağların zayıf olması, erken nörojenik kontrol sağlamaya çalışmanın yanı sıra çocukları disiplin etmek için kullanılan katı fiziksel cezalandırmalar, çocuklarda ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek suç işleme ve şiddet uygulama potansiyeli ile yakından ilişki olduğu vurgulanmaktadır.⁽⁵⁰⁾

Cinsel istismarın yaşandığı ailelerde, annenin çocuklarına karşı yeterince koruyucu olmadığı, özellikle fiziksel şiddetin görüldüğü evlerde annelerin daha pasif bir role sahip oldukları, çoğunlukla ensest olayının farkında olmalarına rağmen, kurulu aile düzeninin bozulmasını istememe, ekonomik bağımsızlıklarının olmaması, kocanın şiddetinden korkması ve olayın çevre tarafından duyulmasını istememe gibi nedenlerle, bu durumu görmezden gelmeyi tercih ettikleri bildirilmektedir.⁽⁵¹⁾

2.5. Epidemiyoloji

Çİ, dünya çapında her yaş, renk, sosyal sınıf, etnik grup ve dinden çocuğun etkilendiği, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Dünya çapında her yıl çocuklarda istismar ve ihmal sonucu 155.000 ölüm meydana gelmektedir.⁽⁵²⁾

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuk istismar ve ihmale uğramakta ve desteğe ihtiyaç duymaktadır.⁽⁵³⁾ ABD Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi raporlarına göre; 2008 yılında dünyada 53.000 çocuk katledilmiş ve okul çağındaki çocukların % 20-65'i sözlü ya da fiziksel istismara uğramış, 150 milyon kız, 73 milyon erkek çocuk cinsel istismara maruz

birakılmıştır.^(54,55) Ülkemizde ulusal örneklem üzerinde yapılan yeterli çalışma bulunmamakla birlikte, çocuklarda fiziksel istismar sıklığı % 30-35, cinsel istismar sıklığı % 13 olarak tahmin edilmektedir.⁽⁵⁶⁾

ÇCI, çocuğun kendilik gelişiminde bozulmalara, diğer insanlarla ilişki kurmada güçlüklerle ve stresli yaşam olaylarına karşı tepkileri kontrol etmekte güçlük yaşama gibi birçok sonucu olan, karmaşık bir yaşam olayıdır.⁽⁵⁷⁾ İstismarın neden olduğu utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı cinsel istismar çoğu kez gizli kalmakta ve bu nedenle gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır. CI'ye uğrayanların yalnızca % 15'inin bildirildiği dikkate alındığında ulaşılabilen olguların buzdağının sadece görünen kısmı ile sınırlı kaldığı düşünülmektedir. Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı % 10-40 olarak bildirilmektedir. Oranlar arasındaki büyük farkların nedeni çalışma desenlerindeki farklılıklarla ilgilidir.^(4,33,58)

Geç adölesan dönemde ÇCI'nin yaşam boyu prevalansının incelendiği bir çalışmada, 17 yaşındaki kızların % 26.6 ve erkeklerin % 5.1 oranında cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiştir.⁽⁵⁹⁾ Ülkemizde cinsel istismar sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte 18 yaşına kadar kız çocukların % 12-25'inin, erkek çocukların ise % 8-10'unun cinsel istismara uğradığı tahmin edilmektedir.⁽⁶⁰⁾

Pereda, 2009 yılında cinsel istismar üzerine 21 ülkede yapılan 39 çalışmayı değerlendirmiş, kızlarda CI oranı % 10-20, erkeklerde ise % 10 olarak bulmuştur. Kızlara göre erkeklerde saptanan düşük oranları, ÇCI'ye uğrayan erkek çocukların bu konuda yardım almanın erkekliklerine yakışmayacak bir davranış olduğunu düşündükleri ve homoseksüel olarak değerlendirilme düşünceleri nedeniyle yaşadıkları deneyimi anlatmakta isteksiz olmalarıyla ilişkilendirmiştir.⁽⁶¹⁾

2.6. Değerlendirme ve Tanı

2.6.1 Çocukla Görüşme ve Öykü Alma

ÇCI ile ilgili değerlendirme sürecinin başında gelen çocukla görüşme, değerlendirmede anahtar rol oynamaktadır. Görüşmenin süresi, uzmanın deneyimi ve çocuğun durumuna göre yeterli olacak en asgari düzeyde tutulmalı, çocuğun tekrar tekrar aynı konulardan söz ederek yeniden örselememesine özen gösterilmelidir. Görüşmecinin

çocuğun içerisinde bulunduğu koşulları, ruhsal durumu, çocuğun gelişim düzeyi ile ilgili yeterli bilgileri edinebilmesi için çocuğa yeterli zaman ayırması sağlanmalıdır. Görüşmede çocuğun duygusal tonu, olaydan etkilenme düzeyi ve bunların da ötesinde işlevselliği değerlendirilmelidir. İdeal görüşme ortamı tek yönlü aynadan uzmanların izlediği, deneyimli psikolog, hekim veya sosyal hizmet uzmanınca görüşmenin yapılmasıdır.

Görüşmenin yapılacağı ortam sakin, az eşyayla döşenmiş, oyuncak sayısının abartılmadığı, gizlilik ilkesi açısından ses geçirmez olacak şekilde düzenlenmelidir. Çocuğun güvenliği için yeterli önlem alınmalı, şartlar elveriyorsa görüşmenin kayıt altına alınabileceği teknik donanım desteği sağlanmalıdır.

Görüşmecinin öncelikle çocuğu ve içerisinde bulunduğu koşulları tanınması ve çocuğun gelişim düzeyini, iletişim kanallarını, duygusal durumunu öğrenmesi önemlidir. Yaşa uygun sorular, anatomik yapıya uygun bebekler, resim çizdirme, öykü anlatma ve oyun evi gibi daha çok çocuğun günlük yaşamında kullandığı araçlarla tanımaya gidilmelidir. Görüşme çocuğun yaşına göre yapılandırılmalıdır.⁽⁴⁾

Görüşmeci yansız bir ses tonuyla, çocuğun göz hizasına gelecek şekilde oturmalı, çocuğun anlayabileceği bir dille görüşmenin amacını anlatmalı, görüşme boyunca kapalı uçlu sorular ve yönlendirmeden kaçınmalıdır. Çocuğa kapalı uçlu sorular yöneltilmesi öykünün güvenilirliğini zedelemekte, çocuğun devam eden süreçte zihninde bilgi kirliliği ve karmaşasına yol açmaktadır.⁽³³⁾

Öyküde istismarın özellikleri, başlama şekli, süresi, istismarcıya yakınlık dereceleri, zor kullanılıp kullanılmadığı gibi bilgiler alınır. Bazı çocuklar istismar anılarıyla ilgili konuşmalara istekli iken, bazı çocukların bu konuyu konuşmaktan kaçındığı gözlenmektedir. Görüşme sırasında çok zorlayıcı olunmamalı, travmatik yaşantıdan sonra çocuğun kendine ve tüm dünyaya karşı güveninin sarsılmış olmasının beklenen bir durum olduğu unutulmamalıdır. Güven ve terapi ortamı sağlanana kadar çocuğa zaman tanınmalıdır.⁽⁴⁾

Çocukla yapılan görüşme kadar, anne ve baba ile yapılan görüşme de önemlidir. İstismar olgusunun ailevi boyutunu anlamak, anne babanın olaya ilişkin tutumlarını öğrenmek ve aileyi değerlendirmek için aileyle de görüşme yapılmalıdır. Anne ve babaya empatik yaklaşılmalı, konuyla ilgili olarak bilgilendirme yapılmalı ve çocukla süreçte nasıl iletişim ve ilişki kuracakları bağlamında aileyle destekleyici görüşmeler

yapılmalı ve gerekirse profesyonel yardım almaları amacıyla gerekli kurumlara yönlendirilmelidir.⁽⁴⁾

Okul öncesi dönemde çocuklar kendilerini sözel olarak ifade etmekte zorlanmakla birlikte, aynı zamanda yanında bulunan kimselerden çekinebilirler veya bu durumdan dolayı korku yaşıyor olabilirler. Bu travmanın çocuk tarafından oyun ile anlatılmasına yardımcı olunmalıdır.⁽⁶²⁾ İstismarın özelliklerini belirlerken resimler ve şekiller üzerinde yine oyun ortamına benzer şekilde bilgi toplamak faydalı olabilir. İstismarın daha kolay tanımlanması için insan resimlerinin bulunduğu kartlar kullanılabilir. Bu kartlar üzerinde önce insan vücudunun tanımlanması sağlanarak, gene resimler yardımıyla ‘tam olarak nereye dokundu?, nasıl dokundu?, neresiyle dokundu?’ gibi sorularla istismarın açık bir şekilde tanımlanması sağlanabilir. Ayrıca aynı kartlardan faydalanarak çocuklara özel bölgelerinin nereleri olduğu, birinin bu bölgelere dokunmak istemesi halinde ne yapması gerektiği gibi istismardan korunma eğitimi verilebilmektedir.⁽⁴⁾

Görüşme sırasında uzun cümlelerden, tekrarlayıcı sorulardan ve yönlendirmelerden kaçınma, çocuğun ifadesini tekrarlayarak onaylama, çocuğun kendi ifadelerini izleme, gerçeği duyma gereksiniminin belirtilmesi, çocuğun doğal anlatımına müdahale etmemeye özen gösterme, çocuğun anlatımında tutarsızlık gözleendiğinde zorlayıcı ve eleştirel olmayan bir yolla anlamaya yönelik sorular sorma ve görüşme nasıl sonlansın katılımlından dolayı çocuğa teşekkür etme gibi ilkelere özen göstermek önemlidir.⁽³³⁾

2.6.2.Fizik Muayene

Cinsel istismar olgularında fizik muayene bulguları tanıyı koyarken patognomonik olsa da bildirimlerin geç yapılması, olaydan çok uzun süre sonra hekimle karşılaşması nedeniyle çoğunlukla genital muayene dışında fiziksel bulgulara az rastlanmaktadır. Bu nedenle de fiziksel muayene nadiren tanı koydurucu olmaktadır.⁽⁶³⁾ Özellikle küçük çocuklarda fizik muayeneyi değerlendirirken, çocuğu ikincil travmalardan korumak için muayeneyi mümkün olduğunca tek seferde sonlandırmalı, uygun koşullar ve teknik donanım yetersizliğinde, bu koşulları sağlayan başka bir kuruma sevkı sağlanmalıdır.⁽⁶⁴⁾

Muayene öncesi çocuk ya da ergene muayene ile ilgili bilgilendirme yapılmalı, ergenden ve aileden onam alınmalıdır. Öncelikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gebelik gibi acil durumların değerlendirilmesi yapılmalı, sonra muayeneye geçilmelidir. Olayın son 72 saat içerisinde gerçekleştiği olgularda adli tıp uzmanına haber verilmelidir. Muayeneyi yapan sağlık personelinin yumuşak, güven verici ve destekleyici tutum sergilemesi önemlidir. Çocuğun yaşının çok küçük olduğu durumlarda muayenenin genel anestezi altında yapılması önerilmektedir.⁽⁶⁵⁾

Muayene sırasında çocuğun vücudundaki travmatik lezyonlarının tümü, anatomik yerleşimlerine uyacak şekilde vücut şemasına kaydedilmelidir. Kol, ense, bacak lezyonları istismar açısından önemli bölgelerdir. Dudakların dişlere bastırılmasıyla abrazyonlar, ekimozlar ve hatta laserasyonlar görülebilir. Damak mukozasında eritem ve peteşiler görülebilir. Boyunda, omuzlarda, göğüslerde ve gluteal bölgelerde emmeye ve ısırmağa bağı ekimozlara da sık rastlanmaktadır.⁽²²⁾

Fizik muayene tamamlandıktan sonra genital muayeneye geçilmelidir. Ayrıntılı genital muayene mahkeme kararı olmadıkça yapılmamalı, küçük çocuklarda anne aksi gerekmedikçe muayene sırasında odada bulunmalı, ergenlerde ise annelerini muayene sırasında yanlarında isteyip istemedikleri sorulmalıdır. Dış ve iç beden muayenesinde gerekli olacak sürüntü örnekleri alınmalı, ayrıca olay sırasında mağdurun üzerinde bulunan giysilerinde faile ait biyolojik materyal mutlaka araştırılmalıdır. Faile ait kan, kıl, sperm ve tükürük gibi biyolojik materyaller olayın gerçekleştiğini ortaya koyan, failin kimliğinin belirlenmesini sağlayacak önemli bilgiler sunar. Muayene sırasında bu örnekler uygun şekilde alınarak yetkililere teslim edilmelidir.⁽⁴⁾

Cinsel istismar olgularında genital muayene bulguları 4 grupta değerlendirilmektedir.

1. Normal görünen genital organlar
2. Özgün olmayan bulgular

Enflamasyon, kaşıntı, kızarıklık gibi cinsel istismarda görülebileceği gibi enfeksiyon durumlarında da gözlenebilen bulgulardır. Dış genital bölgenin kızarıklığı, vestibüler ve labial mukozanın artmış vasküler özellikleri, cerahatli vajinal akıntı, posterior furşet bölgesinde küçük fissürler ve laserasyonlar görülebilir.

3. Özgün Bulgular

Cinsel istismarı kuvvetle düşündüren; deride ısırma izleri, himenin ve vajinal mukozanın yeni ve iyileşmiş laserasyonları, rektal mukozaya açılan vajinal mukozada laserasyon bulgularından bir ya da birkaçının varlığı özgün bulgular olarak tanımlanmaktadır.

4. Tanımlayıcı Bulgular

Semen ve artıklarının gösterilmesi bu grupta değerlendirilmektedir.⁽⁶⁶⁾

2.6.3. Ruhsal değerlendirme

Çocuktan ayrıntılı bir öykü alındıktan sonra, ruhsal değerlendirmeye geçilir. Olayın çocuk tarafından nasıl algılandığı, çocuğun olaya verdiği akut ve geç tepkiler, olaydan sonra meydana gelen davranış değişiklikleri, anksiyete ve depresif bulguların varlığı, özkıyım düşünceleri, kendine zarar verici davranışlar, gelecekle ilgili beklentiler gibi konular tek tek değerlendirilir. Cİ kurbanı olan çocuk hafif anksiyete semptomlarıyla gelebileceği gibi, ağır psikotik özelliklerin gözlemlendiği psikiyatrik tablolarla da karşımıza çıkabilir. Psikiyatrik değerlendirme sırasında travmanın etkilerinin günlük işlevsellik düzeyine etkileri araştırılır. Bu amaçla uyku, iştahla ilişkili değişiklikler, okul durumu, sosyal hayatta değişiklikler ve yaşatları ile ilişkileri sorgulanmalıdır.⁽⁴⁾

2.7. Cinsel İstismarın Çocuklar ve Gençler Üzerine Etkileri

ÇCİ, her yıl milyonlarca çocuğu etkileyen küresel bir sorundur. Yapılan araştırmalarda dünyada her yıl yaklaşık % 1 oranında çocuğun cinsel istismara maruz kaldığı ve bu çocuklarda medikal, psikolojik, davranışsal ve diğer sağlık problemlerinin daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir.⁽⁶⁷⁾

2.7.1. Akut Stres Bozukluğu (ASB)

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı 4. Basımı (DSM-4) ile ayrı bir tanı kategorisi haline gelen ASB, genel olarak travmatik bir olay sonrasındaki ilk bir

ay içerisinde anksiyete belirtileri, disosiyatif belirtiler ve diğer belirtilerin görüldüğü durumlar olarak tanımlanmıştır. Belirtilerin bir aydan uzun süre devam ettiği durumlarda tanı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak değiştirilir.⁽⁶⁸⁾

DSM 5. Baskısında travma ile ilişkili bozukluklar anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılarak, travma ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluklar olarak yeni bir kategori oluşturulmuş ve ASB kriterlerindeki A ve B kriterleri daha açık olarak tanımlanmış ve detaylandırılmıştır. A tanı ölçütlerinde travmaya doğrudan maruz kalma durumunun yanı sıra dolaylı yoldan da maruz kalmanın bozukluğu ortaya çıkarabileceği vurgusu yapılmış, B tanı ölçütlerinde ise travma sonrası ortaya çıkabilecek bulgular kümeler halinde tanımlanarak ('istem dışı gelişen belirtiler', 'olumsuz duygudurum', 'disosiyatif belirtiler', 'kaçınma belirtileri', 'uyarılma belirtileri') detaylandırılmıştır.^(69,70)

2.7.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

TSSB, psikanalitik, kognitif, davranışsal ve nörobiyolojik perspektiften köken alan acil bir klinik sendrom olarak tariflenmektedir. Bu kavramsallaştırmalar TSSB'yi ana semptomlar ve bu semptomlara neden olan mekanizmaları açıklamaya yönelik yapılmaktadır.^(71,72) Horowitz (1975,1979), ana semptomları etkileyen intruziv deneyimleri vurgulamış ve semptomları yeniden yaşantılama, obsesif düşünme ve ruminasyon olarak tariflemiştir. Hayatta yaşanan ciddi olayların kısa süreli, tampon bölgede veya aktif hafızada depolandığını, bu anların kişinin inançlarında ya da şemalarında önemli bir değişiklik oluşana dek otomatik olarak tekrar yaşandığını ileri sürmektedir.⁽⁷³⁾

Bilişsel kuramcılardan, Foa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise; fobik kaçınmanın TSSB'de primer semptom olduğu, dirençli travmatik olaya ait bilgilerin ve travmatik olayın tekrarlandığı durumlarda fobik koşullanmanın aktif olduğu ve travmatik olayların daha önce var olan inanç ve beklentileri ihlal ettiği gösterilmiştir.⁽⁷⁴⁾

Janoff ve Bulman (1985) ise, travmatik yaşantıların kişilerin kendileri ve dünyalarında ki bilişsel varsayımları parçaladığını, özellikle benlik, yardımseverlik ve hayatın anlamı gibi alanlardaki bilişsel kognisyonları etkilediğini savunmaktadır.⁽⁷⁵⁾

Peterson ve Seligman (1983) ise, travmatik olaylar sonucundaki olumsuz deneyimlerin, kişinin hayatta negatif ya da tehlikeli olaylar karşısında ihtiyacı olan kontrolü kaybetmesine neden olduğunu savunmaktadır.⁽⁷⁶⁾

TSSB, tanım olarak kişiyi travmatik olaya tekrar götüren tüm durumları; yani yeniden yaşantılama, rahatsız edici hatıralar şeklinde travmatik olayı yeniden yaşama, rüyalar, rahatsız edici anıları hatırlatacak her türlü uyarandan kaçınmak olarak tariflenmiştir.⁽⁷⁷⁾

Finkelhor'un (1988) travmatik dinamik model önerilerinde; cinsel istismara uğramış bir çocuğun kendisi ve dünyayla ilgili duygusal ve bilişsel yöneliminin değiştiği, çocuğun benlik kavramı ve duygusal kapasitesini bozduğu belirtilmektedir. Bu modellemede; çocuğun travmatik seksüalizasyona yani yaşı ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel davranışlara maruz kaldığı, çocuğun istismarı önlemeye çalışırken, karşı gelmesinin kendisinde hissettirdiği güçsüzlük, damgalanma ya da çocukla ilişkilendirilmiş olumsuz çağrışımlar, güvenilir kişinin ihanetine uğrama, o kişi tarafından korunmama, kullanılma durumunda olma şeklinde dört temel deneyimlemenin yaşandığı savunulmaktadır.⁽⁷⁸⁾

Çalışmalarda ÇCİ sonucu ek sık konulan tanının % 10 ila % 64 arasında TSSB olduğu bildirilmektedir.⁽⁷⁹⁾ İstismar sonrası ruh sağlığının etkilenmesinde bireysel (yaş, cinsiyet, stresle baş etme yöntemi), ailesel (ebeveyn desteği, psikiyatrik hastalık öyküsü) ve istismara ait (istismarın süresi, sıklığı, yakınlık derecesi) etkenler rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalarda kız çocuklarda TSSB'nin daha sık görüldüğü, ebeveyn desteği yetersizliği ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin varlığı durumunda TSSB gelişme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir.^(80,81)

2.7.3.Uyum Bozukluğu

Uyum Bozukluğu (UB), ruhsal zorlanmaya neden olan durumlara gösterilen kısa süreli uyumsuz tepkilerdir. DSM-5'te 'Stres ve Travmayla İlişkili Bozukluklar' kategorisi altında sınıflandırılmıştır. Uyum bozukluğunun depresif duygudurum ile giden, anksiyete duygudurumu ile giden, karışık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden, davranım bozukluğu ile giden, karışık duygu ve davranım bozukluğu ile giden ve belirlenmemiş tipte olmak üzere klinik alt tipleri mevcuttur.⁽⁸²⁾

2.7.4. Depresif Bozukluk ve Öz kıyım

Çocukluk dönemi olumsuz yaşam deneyimlerinin kişinin daha sonraki yaşamında önemli psikiyatrik hastalıklara neden olduğuna dair kanıtlar gittikçe artmaktadır. Kadınlarda depresyonun sık görülmesi üzerine yapılan araştırmalarda, kadınların erkeklere oranla daha sık cinsel istismara maruz kaldığı ve HPA duyarlılıklarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu, cinsel istismarın kadınlarda depresyonun etiyolojisinde önemli rol oynadığı ve bu durumun, depresyonun kadınlarda daha sık görülmesinde etken olabileceği bildirilmektedir.⁽⁸³⁾

Çocukluk döneminde istismar öyküsü olan ergen ve genç erişkinlerin, böyle bir öyküsü olmayan bireylerle karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, istismar öyküsü olan bireylerde depresif bozukluk ve öz kıyım girişiminde bulunma oranının 3 kat yüksek olduğu, tekrarlayan öz kıyım girişimlerinin, ÇCI öyküsü olanlarda 8 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir.⁽⁸⁴⁾

Fergusson ve arkadaşlarının (1996) yaptığı başka bir çalışmada da genç erişkinlerde gözlenen öz kıyım girişimlerinin % 16 ile % 19'unda etiyolojisinde ÇCI öyküsünün olduğu gösterilmiştir.⁽⁸⁵⁾

2.7.5. Zedelenmiş Cinsellik

Cinsel istismar öyküsünün erişkin dönemde birçok psikiyatrik hastalığın görülme riskini arttığı bilinmekle birlikte; son yıllarda cinsel istismara uğramanın; bireyin hayatının ilerleyen dönemlerindeki cinselliği üzerinde etkisi tartışılmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmında, ÇCI'nin cinsel aktivite ve riskli cinsel davranışlarda artış olduğu, cinsel yaşamın erken yaşta başladığı; bu nedenle erken yaşta gebe kalma, çok sayıda partner, korunmasız cinsel ilişki ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığında artış olduğu bildirilmektedir.⁽⁸⁶⁾

Çalışmalarda, ÇCI öyküsü olan bireylerin erişkin yaşamda istismara yeniden uğrama oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Örneğin, Russell (1986), ÇCI mağdurlarının % 33 ila % 68'inin daha sonra yetişkin olarak tecavüze uğradığını bildirmiştir.⁽⁸⁷⁾

Başka bir çalışmada homoseksüel erkekler heteroseksüel erkeklerle karşılaştırılmış, erişkin yaşa kadar devam edecek olan fizyolojik ve davranışsal sonuçlarla ilişkili olacak şekilde ÇCİ'ye maruz kalma oranlarının, homoseksüel erkeklerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir.⁽⁸⁸⁾ Bu çalışmalar cinsel kimlik gelişiminde de cinsel istismar öyküsünün önemini ortaya koymaktadır.

2.7.6. Psikotik Bozukluk

ÇCİ ve psikoz arasında güçlü bağlantıların olduğu, özellikle psikotik belirtilerin ani olarak ortaya çıkıp devam ettiği durumlarda bu sürecin psikoz mekanizmalarını da aydınlatılabileceği görüşü son yıllarda oldukça ilgi görmektedir.⁽⁸⁹⁾

Çocukluk çağı travması olanlarda azalmış gri cevher volümünün, psikotik hastalarda da görülmesi nedeniyle ikisi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; sadece ÇCİ öyküsü olan psikoz hastalarında kortekste azalmış gri cevher volümü olduğu gösterilmiş, bu nedenle azalmış gri cevher volümünün ÇCİ öyküsü ile açıklanabileceği ileri sürülmüştür.⁽⁹⁰⁾

2.8. Cinsel İstismar Olgularının Sosyodemografik Açıdan Değerlendirilmesi

Her ırk ve toplumda gözlenebilen ÇCİ, tüm dünyayı ilgilendiren global bir sorundur. 1970'lerden önce nadir görülen ÇCİ, sonraki yıllarda resmi istatistiklere dayanan dramatik bir artış yaşamıştır.⁽⁹¹⁾ Bu belirgin artışın kamu ve profesyoneller arasında giderek artan farkındalıktan da kaynaklandığı düşünülmekle birlikte, bu durumdan bağımsız olarak ta ÇCİ'de artışın olduğu gösterilmiştir.⁽⁹²⁾

2.8.1. Mağdura Ait Özellikler

Kızlarda ÇCİ görülme oranı erkeklerden yaklaşık olarak 3 kat daha yüksektir. Tüm ÇCİ olguları arasında erkeklerin oranı % 22 ila 29 olarak bildirilmektedir.⁽⁹³⁾ Özellikle büyük yaştaki erkeklerin psikiyatrik örneklemede, ifşa edilmek istememe ya da şantaj olarak kullanılma kaygıları nedeniyle yeterince yansıtılmadığı bilinmektedir.

Ayrıca yapılan çalışmalar, ruh sağlığı uzmanlarının erkeklere ÇCI ile ilgili soruları oldukça nadir sorduklarını göstermektedir.⁽⁹⁴⁾

Kızlar, erkeklerle karşılaştırıldığında, kızlarda daha yüksek düzeyde intruziv düşünceler, aşırı uyarılmışlık, cinsel kaygı, kişisel savunmasızlık, dünyayı tehlikeli bir yer olarak görme ve daha düşük erotizm seviyeleri olduğu gösterilmiştir.⁽⁹⁵⁾

Son zamanlarda, ÇCI'nın çocuklardaki doğası ve etkilerini daha net tanımlayabilmek için gelişimsel persektiften değerlendirmenin uygun olacağına dair görüşler artmaktadır.⁽⁹⁶⁾ Çocukların yaşadıkları deneyimleri anlama ve adlandırma yetenekleri bebeklikten adölesan döneme kadar muazzam bir değişim göstermektedir.⁽⁹⁷⁾ Bu nedenle de ÇCI mağduru olan çocuklarda belirtilerin ortaya çıkması gelişim dönemine göre değişiklik göstermektedir.⁽⁹⁸⁾

ÇCI riskinin yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir.⁽⁹¹⁾ Amerika Sağlık ve Hizmet Bakanlığı'nın 1996 verilerinde ÇCI mağdurlarının yaklaşık % 10'unun 0 ila 3 yaş arasında olduğu, yaşları 4 ila 7 arasında iken bu oranın neredeyse 3 katına çıkarak % 28.4'ü bulunduğu, 8 ila 11 yaş arasında vakaların % 25.5'ini oluşturduğu, 12 yaş ve üzerinin ise vakalarının % 35.9'undan sorumlu olduğu gösterilmiştir. Gene bazı çalışmalarda, kızlarda ÇCI'nin erken yaşlarda görülme riskinin ve istismarın süresinin kızlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğunu bildirilmektedir.^(91,97,99)

Cole ve Putnam (1992), okul çağındaki çocukların akranları arasında yetersizliğe yol açacak kusurlara ve utanca daha hassas olduklarını; ergenlerin ise daha çok impulsif davranışlar ve davranım bozukluğu için risk altında olduğunu raporlamıştır.⁽¹⁰⁰⁾ Aksine, Downs (1993), ergenlerin gelişmekte olan cinsellik ve benlik kavramlarının, onları davranış sorunlarına karşı oldukça savunmasız hale getirdiğini öne sürmektedir.⁽¹⁰¹⁾

Ergenlik süreci, cinsel istismar gibi ek yaşam olaylarına ek olarak; bilinçliliğin artmasıyla ilişkili bilişsel değişikliklerin, pubertal değişikliklerin olduğu ve bütün bunlara yanıt olarak negatif affekt ve duygudurum dalgalanmalarının gözlemlendiği, gelişimsel stresörlere yanıtın arttığı bir dönemdir.⁽¹⁰²⁾

Zeka geriliği olan çocuklar, normal gelişim ve zekası olan çocuklarla kıyaslandığında cinsel istismara uğrama oranları 2-3 kat daha yüksektir.⁽¹⁰³⁾ Westcott (1991)'un yılında yaptığı metaanaliz çalışmasında zeka geriliği olan çocukların daha fazla kötü muameleye uğradığı gösterilmiştir.⁽¹⁰⁴⁾ Ayrıca, kötü muamele oranları ile zeka geriliğin şiddeti arasında güçlü bir ilişki olduğu da gösterilmiştir.⁽¹⁰⁵⁾

Fiziksel engellerinde özellikle körlük, sağırılık gibi istismara uğramada riski artırdığı bilinmektedir.⁽¹⁰⁴⁾ Sağır çocukların cinsel istismara uğrama oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Kwam (2004)'in Norveç'te sağır kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada sağır kadınların, işitmesi normal kadınlara göre neredeyse iki kat daha fazla cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. (% 36'ya karşılık % 19.2). Gene aynı çalışmada sağır erkeklerin olmayanlara göre üç kat daha fazla istismara uğradığı gösterilmiştir.⁽¹⁰⁶⁾

2.8.2. Aileye Ait Özellikler

Çocukluk çağı cinsel istismarına ilişkin epidemiyolojik literatürden elde edilen ana bulgu, bir çocuğun cinsel istismara olasılığını dışlamak için tanımlanabilir hiçbir demografik veya aile özelliklerinin kullanılamamasıdır. Bazı özelliklerin daha fazla risk ile ilişkilendirildiği durumlar vardır.

Toplumsal sınıfın göstergeleri olan eğitim, gelir durumu ve meslek gibi göstergelerin cinsel istismarın belirlenmesinde rehber olabileceğine dair inançlar olsa da epidemiyolojik araştırmalar bunu desteklememektedir.⁽⁹⁹⁾ Toplum anketleri de düşük sosyal sınıflarda kötüye kullanımı yüksek tabakalardan daha fazla bulmamaktadır.⁽¹⁰⁷⁾ Buna rağmen rapor edilen vakalar, çocukların düşük sosyal sınıflardan orantısız temsili göstermektedir. (Ulusal Çocuk İstismar ve Önlem Merkezi 1981)

Aileye ait özelliklerden de özellikle kızlar için üvey babayla birlikte yaşama, ebeveynlerin birinin kaybı ya da tek ebeveynle yaşama, annede psikiyatrik hastalık ya da fiziksel hastalık öyküsü, ebeveynlerde alkol ve madde kullanımı, kaotik aile ortamı, sosyal izolasyon ve cezalandırıcı ebeveyn tutumları sayılabilir.⁽⁹⁹⁾ Bu özelliklerden riski en çarpıcı şekilde kanıtlanmış olanı, üvey babayla birlikte yaşamaktır. Russel (1986), üvey babayla birlikte büyüyen kızların, öz babayla büyüyen kızlara oranla yedi kat daha fazla kötüye kullanım olasılığının olduğunu göstermiştir.⁽⁸⁷⁾

Genel olarak doğal ebeveynlerinden biri veya her ikisi olmadan yaşayan çocuklar istismar için daha büyük risk altındadır. Bu daha büyük risk hem aile üyeleri hem de dışındaki kişiler tarafından kötüye kullanılma için geçerlidir.^(107,108,109)

Ebeveynlik kalitesindeki diğer özelliklerinde cinsel istismar riskini artırdığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda uzakta, yoğun çalışan ve engelli annelerin çocuklarında istismar riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir.⁽¹⁰⁷⁾ Cezalandırıcı

ebeveynlik tutumları ve ebeveyn ilişkilerinde çatışmanın yaşanması durumunda da çocuklar istismara daha açık hale gelmektedir. Baba şiddetinin enstest için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.⁽¹¹⁰⁾

Çocuğun faaliyetleri ve temaslarının yeterince denetlenmediği ve izlenmediği ailelerde, çocuk istismara karşı daha savunmasız hale gelmektedir. Duygusal olarak ihmal edilmiş veya fiziksel veya psikolojik olarak istismar edilen bir çocuk, aynı zamanda, cinsel istismara da daha açık hale gelmektedir.⁽⁹⁹⁾

Bu risk faktörleri, istismar fiilinin tespitinden çok önleyici bir rehber olarak kullanılması bakımından önem arz etmektedir.

2.8.3.Cinsel İstismara Ait Özellikler

Cinsel istismara uğramış çocuklarda, istismarın sonuçlarının değişkenliğini açıklamak için, araştırmacılar ilk olarak istismarla ilgili özelliklerin olası etkisini incelemişlerdir. Ampirik bulgular, istismarın uzun bir zaman diliminde gerçekleşmesi durumunda, eğer failin çocuk ile yakın ilişkisi varsa, zorlama ve güç kullanılırsa ve penetrasyon içeren bir cinsel istismar söz konusuysa psikolojik bozukluğun daha yüksek oranda görüldüğünü ortaya koymaktadır.⁽¹¹¹⁾

İstismara fiziksel şiddetin eşlik ettiği durumlarda hem kısa, hem de uzun dönemde daha fazla olumsuz sonuçlar gözlenmektedir.⁽¹¹²⁾ İstismarın şiddeti, sıklığı, süresi, daha önceki istismar varlığı ve istismarcının kimliği, istismara uğrayan çocukta uyum güçlükleriyle doğrudan ilişkilidir.⁽¹¹³⁾

İstismar türlerinin özellikleri, kısa ve uzun dönem olumsuz etkilerinin geniş bir yelpazede incelendiği bir çalışmada; aile içi istismara maruz kalan bireyler, aile dışı istismar öyküsü olanlarla karşılaştırıldığında, aile içi istismara maruz kalan bireylerde daha fazla agresiflik, suçluluk, cinsel riskli davranışlar ve yıkıcı davranışlar gözlenmiştir. Bu bulgular cinsel istismar şiddetinin potansiyel bir göstergesi olarak failin kimliğinin önemini ortaya koymaktadır.⁽¹¹²⁾ İstismarın sıklığı ve süresi de, erişkin dönemde daha büyük psikolojik problemlere neden olmaktadır.⁽¹¹⁴⁾

Schenkel ve arkadaşları (2005) şizofreni spektrum bozukluğu tanısı alan erişkinlerde; daha sık ve şiddetli fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmalin daha fazla halüsinasyon ve sanrılar ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.⁽¹¹⁵⁾ Aynı şekilde, çocuğun

ihmal şiddetiyle yetişkin madde kullanımının ve bağımlılığının ciddiyeti arasında önemli ilişkiler bulunmuştur.⁽¹¹⁶⁾

Psikolojik kötüye kullanım şiddeti ile yetişkin depresyonu arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada ise; psikolojik istismarın çok az veya hiç olmadığı katılımcıların sadece % 37'sinin depresif belirtileri gösterdiği, buna karşın belirgin psikolojik istismar bildiren katılımcıların % 83'ünün de depresyon için kriterleri karşıladığı bulunmuştur.⁽¹¹⁷⁾

2.9. Cinsel İstismardan Korunma ve İstismarı önleme

ÇCİ mağdurları, aileleri, toplulukları ve toplumu olumsuz etkileyen yaygın bir sosyal problemdir. ÇCİ'nin kapsamı ve sonuçları ile ilgili artan bilgi birikimine yanıt olarak, 1970'lerin sonlarında birçok önleme programı geliştirilmiş ve 1980'lerin başlarında ve ortalarında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. ÇCİ önleme çabalarının odak noktası, temel olarak çocukların eğitim ve öğretimde yürütülen kişisel güvenliğe dayalı grup temelli eğitim yoluyla çocukların bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik olmuştur.

Okul tabanlı kişisel güvenlik (veya mağduriyet önleme) programları, ABD genelinde hızla kabul edilmiş, 10 ile 16 yaş arasındaki 2,000 gencin 1993 tarihli bir telefon araştırması, ankete katılanların % 67'sinin, eğitim kariyerlerinde bir zamanlar okul temelli bir mağduriyet önleme programına katılmış olduğunu bildirmiştir.⁽¹¹⁸⁾ Bilgi içeriği; genellikle, vücut sahipliğine ve dokunma devamlılığına ilişkin bilgileri içerir ve hedeflenen beceriler, kötüye kullanım durumlarını tanımayı, hayır demeyi ve kötüye kullanım hakkında güvenilir bir yetişkine durumun anlatılmasını içerir.^(119,120)

Önleme stratejileri ile ilgili bazı temel kavramlar, okul temelli tüm programlarda benzer olsa da programlar, format, hedef kitlenin yaşı, program liderinin işi ve programın uzunluğu gibi bir dizi boyutta yaygın olarak farklılık gösterir. Okul temelli ÇCİ önleme programlarının etkinliğinin değerlendirildiği 27 çalışmadan oluşan metaanaliz çalışmasında; çocukların fiziksel olarak dahil olmalarına izin veren, 4 veya daha fazla seansa sunulan programların en yüksek etki büyüklüklerini ürettiği gösterilmiştir.⁽¹²¹⁾ Çalışmalar, rol oyunları ve katılımcı provalarını içeren daha aktif

programların, çocukların önleme bilgi ve becerilerini geliştirmede; daha az aktif sunum biçiminden (örn., filmler veya dersler) daha etkili olduğunu desteklemiştir.^(119,122)

Finkelhor'un ÇCI önleme teorisi, ÇCI'nin ortaya çıkması durumunda aşağıdaki önkoşulların tipik olarak var olduğunu göstermektedir: Bireyin istismar eğilimi, suçluyu etkileyen iç ve dış engellerin yokluğu ve çocuğa suçlu erişimi. Önkoşullardan herhangi birinin teorik olarak kaldırılması, kötüye kullanım olasılığını düşürerek, önleme işleminin bu ön koşulların herhangi birini veya tamamını hedefleyebileceğini gösterir.⁽¹²³⁾

Çocuk odaklı programların değerlendirmeleri, katılımı takiben çocukların istismarla ilgili bilgilerinde iyileşmeler bulmuştur, ancak bu programların ÇCI insidansını azaltma derecesi belirsizliğini korumaktadır.⁽¹²⁴⁾ ÇCI'nin önlenmesi hakkında bildiğimiz şeylerin çoğu, çocukları eğitmeye odaklanan müdahale çalışmalarından gelmektedir. Çocuk odaklı programlardan elde edilen faydaları desteklemek için kullanılabilecekleri için yetişkinleri hedefleyen ÇCI önleme programlarına ihtiyaç vardır.⁽¹²⁵⁾

Ülkemizde ÇCI önleme programlarına yönelik kesin veriler bulunmamakla birlikte bu programlar son zamanlarda oldukça sık gündeme gelmektedir. Özellikle son zamanlarda artan prevalans çalışmaları da sürece katkıda bulunacaktır.

ÇCI'nin önlenmesi, risk faktörlerinin azaltılması ve potansiyel fail, potansiyel mağdur ve ailesinin ve içinde bulundukları ortamın koruyucu faktörlerinin oluşturulması için sürecin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, çocuk, ebeveyn ve toplum temelli önlemeye yönelik koruma programlarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma yöntemi

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine adli makamlar tarafından rapor düzenlenmesi için yönlendirilen ve Adli Olgular Değerlendirme Heyeti'nde değerlendirilen olgular alınmıştır. Örneklem seçilmesi retrospektif olarak dosya taraması şeklinde yapılmış, çalışmamız tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

3.2.Çalışma Grubu

Adli Olgular Değerlendirme Heyeti'nde 2005 Ocak- 2017 Aralık tarihleri arasında değerlendirilen 1327 kız, 389 erkek toplam 1716 cinsel istismar olgusunun geriye dönük dosya incelemesi yapılmıştır.

3.3. Olguların Değerlendirilmesi

Üniversitemizde çocuk koruma merkezi 2005 yılından beri mevcut olup, bu merkezin çalışması multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmektedir. Merkezimizde çalışmalar bu konuda deneyimli, çocuk ruh sağlığı, adli tıp ve çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dalında görevli olan 5 öğretim üyesi, çocuk ruh sağlığı araştırma görevlileri, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip tarafından yapılmaktadır. İstismara uğrayan çocuk adli heyette değerlendirilmek üzere çocuk ruh sağlığı polikliniğimize ilk olarak başvurduğunda; çocukla ön görüşme sosyal hizmet uzmanımız tarafından yapılarak, ilk ruhsal değerlendirmeyi yapmak üzere çocuk ruh sağlığı araştırma görevlilerine yönlendirilmektedir. İlk değerlendirmesi yapılan olgular, acil psikopatoloji açısından değerlendirilip, gerekli destekler sağlanarak ve gerekli görülen biyokimyasal değerlendirmeleri yapılarak, 2 hafta içerisinde Adli Olguları Değerlendirme Heyeti'nde görüşülmek üzere randevu verilmektedir.

Heyet haftada 1 gün Çocuk Koruma Birimi'nde toplanarak aynalı odada olgunun değerlendirmesi, odanın diğer tarafında karşılıklı bilgi alışverişi, yorumlama ve gerektiğinde aynalı odadaki görüşmeciye ek sorular sorması için yönlendirme şeklinde olguların değerlendirilmesi yapılmaktadır. Aynalı odada yapılan görüşmelerin ses ve görüntü kaydı yapılarak arşivlenmekte; bu kayıt ve dosyalar merkezde, gizlilik ilkesine bağlı olarak sosyal hizmet uzmanı tarafından korunmaktadır. Değerlendirme sonucunda hastaya gerekli görülürse tıbbi destek sağlama, koruma, sağlık ya da eğitim tedbiri, danışmanlık tedbiri, erişkin psikiyatriye yönlendirme, aileye ayni ya da nakdi yardım yapılması şeklinde ek önerilerde de bulunulabilir. Ayrıca gebelik, enfeksiyon şüphesi gibi bazı durumlarda gerekli görülen olguların konsültasyon aracılığı ile diğer bölümlere de yönlendirilmesi ve gerekli tedavisinin düzenlenmesi sağlanmaktadır. Yapılan değerlendirme sonucunda adli makamlar tarafından istenen raporlar düzenlenerek ivedi bir şekilde ilgili birimlere gönderilmektedir. Heyetimiz halen aktif olarak, haftada 1 kez olacak şekilde düzenli olarak toplanmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Tüm veriler geriye dönük dosya taraması ile elde edilmiştir. Rutin poliklinik uygulamasının bir parçası olarak kullanılan sosyodemografik bilgi formu (Ek-1) ile olgulara ve ailelerine ait demografik değişkenlere; İstismar Olguları için bilgi formu (Ek-2) ile istismarla ilgili değişkenlere ulaşılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan veri formunda çocuk-ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, gelişim basamakları, doğum seyri, fiziksel hastalık, enfeksiyon sıklığı, fiziksel şiddet, ders başarısı) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, fiziksel veya ruhsal hastalık, aile yapısı, fiziksel şiddet, otoimmün hastalık, alerji varlığı) ait sosyodemografik veriler sorgulanmıştır. (Ek-2).

3.4.2.İstismar Olguları için Bilgi Formu

İstismar nedeniyle adli heyette değerlendirilen her olguya rutin olarak uygulanan formda, hastaya ait yaş, cinsiyet bilgileri, görüşmeyi yapan kişinin ad soyad bilgisi, görüşmenin tarihi, tarafımıza nasıl yönlendirildiği (adli birim, emniyet birimleri, sosyal hizmetler, yalnız, aile ile şeklinde), fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal varlığı, fiziksel istismar varsa; uygulayan kişi (anne, baba, diğer aile, diğer şeklinde), uygulama şekli (elle, alet kullanarak, sarsarak, bağlama ve hareketini kısıtlama şeklinde), ihmal varsa şekli (sağlık, temizlik-bakım, beslenme, eğitim, disiplin, diğer), duygusal istismar varsa şekli (utandırma, korkutma, küçük düşürme ve aşırı eleştirme, terk etme ile tehdit etme, aşırı sorumluluk yükleme şeklinde), cinsel istismar varsa şekli (sürtünme, genital penetrasyon, anal penetrasyon, oral penetrasyon, gösterimcilik, sözlü istismar, çocuk pornosu, cinsel amaçlı satma), ilk cinsel istismarın yaşı, cinsel istismarın tekrarlama, istismarcının kimliği (baba, abi, bunun dışında akraba, akraba dışında tanıdık, yabancı şeklinde), istismara eşlik eden durumlar (alıkoyma, tehdit, zor kullanma), mağdurun davranış şekli (gizleme, aileden yardım isteme, arkadaşlarından yardım isteme, eğitim biriminden yardım isteme, emniyet birimlerinden yardım isteme şeklinde), istismarın sosyal sonucu (evden ayrılma, eğitimin aksaması, çevre baskısı şeklinde), ailenin istismara yaklaşımı (gizleme, adli yardım arama, tıbbi yardım arama, hukuk dışı uygulamalar şeklinde), ailenin çocuğa yaklaşımı (suçlayıcı, baskılayıcı-sınırlayıcı, destekleyici-koruyucu) olacak şekilde 24 soru bulunmaktadır.(Ek-2)

3.5.İstatistiksel Analiz

İstatistiksel incelemeler; Windows için *Statistical Package for the Social Sciences*/Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) 22.0⁽¹²⁶⁾ sürümü, bilgisayar paket programı yardımı ile yapılmıştır.

Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ise ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Kategorik ölçümlerin grupların arasında karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma veya medyan (min-max), n ve yüzde olarak ifade edilmiştir. P değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Sosyodemografik Özellikler

4.1.1.Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızdaki 1716 olgunun 389'u erkek (% 22,7), 1327'si (% 77,3) kızdı. Cinsel istismara uğrayan çocukların yaş ortalaması $13,85 \pm 3,64$ (en küçük 3, en büyük 17 yaş) olup kızlar için $14,7 \pm 41,4$, erkekler için $10,8 \pm 3,6$ yıl idi. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Olguların Yaş ve Cinsiyete Göre Sınıflandırılması

	Kız	Erkek	Toplam
Olgu sayısı	1327	389	1716
Olgu yüzdesi(%)	77,3	22,7	100
Yaş ortalaması	$14,7 \pm 41,4$	$10,8 \pm 3,6$	$13,85 \pm 36,4$

Cinsel istismar olguları kardeş sayısı açısından değerlendirildiğinde; 4 dosyada bu bilgiler eksik olup, geriye kalan 1712 olgu değerlendirmeye alındı. Olguların % 4,4'ünün tek çocuk olduğu ($n = 75$), % 81,8'inin 4 kardeşten az olduğu ($n = 1404$)), olguların % 17,9'unun ($n = 308$) kardeş sayısının 4'ten fazla olduğu görüldü. Olguların kardeş sayı dağılımı Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Olguların kardeş sayısına göre değerlendirilmesi

	N:olgu sayısı	Yüzde (%)
Kardeş sayısı		
Tek Çocuk	75	4,4
<4	1404	81,8
>4	308	17,9

Olgular eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde; 14 hastanın dosyasında bu bilgilere ulaşılamadığı için 1702 hasta değerlendirmeye alındı. Olguların 103'ünün (% 6,0) hiç okula gitmediği, 8'inin (% 0,5) kreşe devam ettiği, 10'unun (% 0,6) anaokuluna, 62 (% 3,6)'sinin 1. sınıfa, 95'inin (% 5,0) 2. sınıfa, 79'unun (% 4,6) 3. sınıfa, 89'unun (% 5,2) 4. sınıfa, 96'ının (% 5,6) 5. sınıfa, 122'sinin (% 7,1) orta 1. sınıfta, 134'ünün (% 7,8) orta 2. sınıfta, 253'ünün (% 14,7) orta 3. sınıfta, 263'ünün (% 15,3) lise 1. sınıfta, 108'inin lise 2. sınıfta, 77'sinin (% 4,5) lise 3. sınıfta, 39'unun (% 2,3) lise 4. sınıfta, 6'sının (% 0,3) üniversitede eğitimine devam ettiği görüldü. Olguların 112'si (% 6,5) ilkokul 5. sınıftan sonra eğitimine devam etmemişti ve olguların 46'sı (% 2,6) özel eğitim desteği almaktaydı.

4.1.2 Ailelere Ait Sosyodemografik Özellikler

4.1.2.1. Annelere Ait Özellikler

İstismar mağduru çocukların annelerinin başvuru anındaki yaşları değerlendirildiğinde ortalama anne yaşı $39,07 \pm 7,1$ (min 20, max 63, n=1621) idi. Annelerin mağdur çocukları doğurma yaşları değerlendirildiğinde ortalama doğurma yaşı $26,1 \pm 6,3$ (min 13, max 48, n= 1621) bulundu.

Çalışmamızda annelerin eğitim durumları değerlendirildiğinde; 51 (% 3) olgunun dosyasında bu bilgiye ulaşılamadı. 1665 olgunun analizinde cinsel istismara uğrayan çocukların annelerinin 413'ünün (% 24,1) okuma yazma bilmediği, 858'inin (% 50,0) ilkokul mezunu, 159'unun (% 9,3) ortaokul mezunu, 139'unun (% 8,1) lise mezunu ve 31'inin (% 1,8) üniversite mezunu olduğu görüldü. Lise mezunu ve üzeri eğitim seviyesindeki anneler olguların % 9,9'unu (n=170) oluştururken; % 87,1'inin (n=1495) lise seviyesinin altında eğitim aldığı görüldü (Tablo 3).

Annelerin çalışma durumu incelendiğinde 45 (% 2,6) dosyada bu bilgiye ulaşılamadı. 1671 olgudan alınan verilerde; annelerin % 86,1'inin (n=1478) herhangi bir işte çalışmadığı, % 11,2'sinin (n= 193) çalışan anne olduğu gösterildi. (Tablo 3)

Tablo 3. Annelerin Sosyodemografik Değerlendirilmesi

		Olgu sayısı	yüzde %
Eğitim durumu	Okuryazar değil	413	24,1
	Okuryazar	1252	73,0
	İlkokul	858	50,0
	Ortaokul	159	9,3
	Lise	139	8,1
	Üniversite	31	1,8
Çalışma durumu	Evet	193	11,2
	Hayır	1478	86,1
Ruhsal Hastalık	Var	136	7,9
	Yok	1525	88,9

Annelerdeki ruhsal hastalık öyküsü değerlendirildiğinde; annelerin 136'sında (% 7,9) ruhsal hastalık öyküsü mevcuttu (Tablo 3). Kız olguların 116'sında(% 9), erkek olguların 20'sinde (% 5,3) annede ruhsal hastalık öyküsü mevcuttu. Annede ruhsal hastalık öyküsü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,021) (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyet ve Annede Ruhsal Hastalık Arasındaki İlişki

Ruhsal Hastalık		Kız n (%)	Erkek n (%)	p
	Var	116 (% 9,0)	20 (% 5,3)	0,021
	Yok	1169 (% 91,0)	356 (% 94,7)	

Tekrarlayan cinsel istismar olgular değerlendirildiğinde; olguların % 27,2 sinde (n=228) anneler okuma yazma bilmiyordu. Anne eğitim düzeyi ile istismarın tekrarı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,013). Gene annede ruhsal bozukluğu olan olgularda tekrarlayan cinsel istismar görülme oranı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,004) (Tablo 5).

Tablo 5. Tekrarlayan Cinsel İstismar ve Anne Özellikleri Arasındaki İlişki

	Cinsel İstismar Tekrarı		
	var n (%)	yok n (%)	p
RB var	85 (% 10,2)	51 (% 6,3)	0,004
RB yok	751 (% 89,8)	759 (% 93,7)	
OKD	228 (% 27,2)	177 (% 21,9)	0,013
OK	611 (% 72,8)	632 (% 78,1)	

(RB: Ruhsal bozukluk, OKD:okuryazar değil, OK:okuryazar)

4.1.2.2.Babalara Ait Özellikler

İstismar mağduru çocukların babaların başvuru anındaki yaşları değerlendirildiğinde ortalama baba yaşı $44,02 \pm 8,1$ (min25, max85, n=1548) bulundu. Çalışmamızda babaların eğitim durumları değerlendirildiğinde; 109 (% 6,4) olgunun dosyasında bu bilgiye ulaşılamadı. 1607 olgunun analizinde cinsel istismara uğrayan çocukların babalarının 143'ünün (% 8,3) okuma yazma bilmediği, 866'sının (% 50,5) ilkokul mezunu olduğu, 265'inin (% 15,4) ortaokul mezunu, 196'sının (% 11,4) lise mezunu ve 76'sının (% 4,4) üniversite mezunu olduğu görüldü. Lise mezunu ve üzeri eğitim seviyesindeki babalar olguların % 15,9'unu (n=272) oluşturmaktaydı (Tablo 6).

Babaların çalışma durumu incelendiğinde 103 (% 6) dosyada bu bilgiye ulaşılamadı. 1613 olgudan alınan verilerde; babaların % 83,3'ünün (n=1429) çalıştığı, % 10,7'sinin (n=184) ise herhangi bir işte çalışmadığı görüldü (Tablo 6).

Babaların 82'sinde (% 4,1) ruhsal hastalık öyküsü mevcuttu. Babada ruhsal hastalık öyküsü ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,061). Alkol kullanımı öyküsü babaların % 12,2 sinde (n=242) mevcuttu.

Tablo 6. Babaların Sosyodemografik Değerlendirilmesi

		N= Olgu sayısı	yüzde %
Eğitim durumu	Okuryazar değil	143	8,3
	Okuryazar	1464	85,3
	İlkokul	866	20,5
	Ortaokul	265	15,4
	Lise	196	11,4
	Üniversite	79	4,4
Çalışma durumu	Evet	1429	83,3
	Hayır	184	10,7
Ruhsal Hastalık	Var	78	4,5
	Yok	1536	89,5

Babaları çalışmayan istismar olgularında tekrarlayan istismar oranları değerlendirildiğinde; babası çalışmayan olgularda tekrarlayan cinsel istismara maruz kalma oranı istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti (p=0,015). Gene babada alkol kullanımı öyküsü ile tekrarlayan cinsel istismar arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki saptandı (p=0,0001) (Tablo 7).

Tablo 7. Babanın Özellikleri ve Tekrarlayan Cinsel İstismar İlişkisi

	Cinsel İstismar Tekrarı		
	var n (%)	yok n (%)	p
Alkol Kullanımı			0,0001
Var	131 (% 16,2)	77 (% 9,7)	
Yok	677 (% 83,8)	717 (% 90,3)	
Çalışma Durumu			0,013
Evet	696 (% 86,6)	719 (% 90,4)	
Hayır	108 (% 13,4)	76 (% 9,6)	

4.1.2.3. Aile Durumuna İlişkin Özellikler

Anne-baba birlikte yaşayan olgular 1223 (% 71,3) iken; olguların 484'ünde (% 28,2) anne ve baba boşanmıştı. Olguların % 21,6 sında (n=371) anne ve baba arasında akrabalık saptandı.

Olguların % 54,5'i (n=936) çekirdek aile olarak yaşarken; % 13,05'i (n=224) geniş ailede, % 15,3'ü (n=263) sadece anne ile, % 3'ü (n=53) sadece baba ile, % 2,2'si (n=37) akraba yanında, % 0,3'ü (n=6) koruyucu aile yanında, % 0,1'i (n=1) evlatlık olarak, % 9,4'ü (n=163) kurum bakımında, % 0,9'u (n=15) nikahsız eş ile birlikte yaşamaktaydı (Tablo 8).

Tablo 8. Aile Durumunun Değerlendirilmesi

	N=Olgu Sayısı	Yüzde (%)
Aile Durumu		
Geniş aile	224	13,05
Anne	263	15,3
Baba	53	3
Kurum	163	9,4
Akraba	38	2,2
Nikahsız Eş	15	0,9
Evlatlık	1	0,1
Koruyucu aile	6	0,3

Anne ve babası boşanmış kız olguların sayısı 397 (% 30) iken; erkek olguların sayısı 87 (% 22,7) idi. Ailede boşanma öyküsü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,005). Bakım sürecinde ayrı odası olmayan kız olguların sayısı 947 (% 75,2) iken, erkek olguların sayısı 302 (% 82,5) idi. Ayrı odaya sahip olma

ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p=0,004$). Kurum bakımında olan kız olgular % 8,3 ($n= 108$) iken; erkek olgular % 2,3 ($n=9$) idi. Kurum bakımı almakla cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,0001$) (Tablo 9). Bebekken anne ve baba dışındaki bireyler tarafından yetiştirilen kız olguların sayısı 202 (% 15,5) iken, erkek olguların sayısı 27 (% 7,0) idi. Ebeveynin dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,0001$) (Tablo 10).

Tablo 9. Cinsiyet ve Aile Özellikleri Arasındaki İlişki

	Kız n (%)	Erkek n (%)	P
Aile Durumu			0,005
A-B birlikte	926(% 70,0)	297(% 77,3)	
A-B boşanmış	397(% 30,0)	87 (% 22,7)	
Ayrı oda durumu			0,004
var	312(% 24,8)	64 (% 14,5)	
yok	947(% 75,2)	302 (% 82,5)	
Yetiştirme			0,0001
Anne-baba	1100(% 84,5)	10 (% 23,8)	
Diğer	202 (% 15,5)	27 (% 7,0)	
Kurum bakımı			0,0001
Var	108 (% 8,3)	9 (% 2,3)	
Yok	1194 (% 91,7)	375 (% 97,7)	

İstismara uğrayan olgularda ailede boşanma öyküsünün tekrarlayan cinsel istismarla ilişkisi değerlendirildiğinde; tekrarlayan istismar olgularında ailede boşanma öyküsü, tekrarlamayan olgulara göre istatistiksel anlamda yüksekti ($p=0,0001$). Kurum bakımı alan olgularda istismarın tekrarlama oranı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,0001$). Gene, ebeveynin dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme ile istismarın tekrarı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,0001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Aile Özelliklerinin Tekrarlayan Cinsel İstismarla İlişkisi

	Cinsel İstismar Tekrarı		
	Var n (%)	Yok n (%)	P
Aile Durumu			
A-B birlikte	571(% 66,1)	642(% 77,7)	0,0001
A-B boşanmış	293(% 33,9)	184 (% 22,3)	
Yetiştirme			
Anne-baba	697(% 82,2)	746 (% 90,9)	0,0001
Diğer	151(% 17,8)	75 (% 9,1)	
Kurum bakımı			
Var	82 (% 9,7)	33 (% 4)	0,0001
Yok	766 (% 90,3)	788 (% 96)	

4.2.Cinsel İstismarın Özellikleri

4.2.1.Cinsel İstismar Şeklinin Değerlendirilmesi

İstismarın şeklinin değerlendirilmesinde 15 (% 0,9) dosyada bu bilgilere ulaşılamadı, 1701 olgunun değerlendirmesinde sürtünme 303 (% 17,6) olguda, genital penetrasyon 445 (% 25,9) olguda, anal penetrasyon 279 (% 16,2) olguda, oral penetrasyon 26 (% 1,5) olguda, elleme 217 (% 12,6) olguda, öpme 36 (% 2,09) olguda, sözlü istismar 21 (% 1,2) olguda, gösterimcilik 34 (% 1,9) olguda, çocuk pornosu 13 (% 0,7) olguda, cinsel amaçlı satma 31(% 1,8) olguda, genital+anal penetrasyon 48 (% 2,7) olguda, genital+oral penetrasyon 7 (% 0,4) olguda,anal+oral penetrasyon 41 (% 2,3), sürtünme+ oral penetrasyon 18 (% 1,04) olguda, sözlü istimar+elleme 35 (% 2,03) olguda, gösterimcilik ve elleme 26 (% 1,5) olguda, öpme +elleme 107 (% 6,2) olguda, genital+ anal+oral penetrasyon 14 (% 0,8) olguda gözlemlendi (Tablo 11).

Tablo 11. Cinsel İstismar Şeklinin Değerlendirilmesi

	N=olgu sayısı	Yüzde (%)
Cinsel istismar şekli		
Sürtünme	303	17,6
Anal penetrasyon	279	16,2
Elleme	217	12,6
Öpme+elleme	107	6,2
Genital+anal penetrasyon	48	2,7
Anal+ oral penetrasyon	41	2,3
Öpme	36	2,09
Sözlü istismar+elleme	35	2,03
Gösterimcilik	34	1,9

Tablo 11 devamı

Cinsel amaçlı satma	31	1,8
Oral penetrasyon	26	1,5
Gösterimcilik +elleme	26	1,5
Sözlü istismar	21	1,2
Sürtünme+ oral penetrasyon	18	1,04
Genital+anal+oral penetrasyon	14	0,8
Çocuk pornosu	13	0,7
Genital+oral penetrasyon	7	0,4

Cinsel istismara uğrayan 387 erkek çocuğun 220'sinde (% 56,8), 1315 kız çocuğun 674'ünde (% 51,3) penetrasyon mevcuttu. Cinsiyet ile penetrasyon varlığı arasında anlamlılığa yakın düzeyde istatistiksel ilişki saptandı ($p=0,053$) (Tablo 12).

Penetrasyonu olan olgularda tekrarlayan istismar oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,0001$) (Tablo 13).

Tablo 12.Cinsiyet ve Penetrasyon Varlığı Arasındaki İlişki

	Kız n (%)	Erkek n (%)	P
Penetrasyon			0,053
Var	674 (% 51,3)	220 (% 56)	
Yok	641(% 48,7)	167(% 43,2)	

Tablo 13 .Penetrasyon Varlığı ve Cinsel İstismar Tekrarı Arasındaki İlişki

	Cinsel İstismar Tekrarı		P
	Var n (%)	Yok n (%)	
Penetrasyon			0,0001
Var	552 (% 63,7)	335 (% 40,6)	
Yok	315 (% 36,3)	491 (% 59,4)	

4.2.2 Cinsel İstismar Sıklığının Değerlendirilmesi

1698 cinsel istismar olgusunun 870'inde (% 51,2) istismar tekrarlamıştı. Kız olguların % 54,3'ünde (n=712) cinsel istismar tekrarlanırken; erkek olguların % 40,9'unda (n=158) tekrarlama vardı. Cinsel istismar tekrarı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p=0,0001$) (Tablo 14).

Cinsel istismara fiziksel istismarın eşlik ettiği olguların % 62,6'sında (n=194) istismar tekrarlamıştı ve istismarın tekrarı ile fiziksel istismar birlikteliği arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttu (p=0,0001)(Tablo 14).

Cinsel istismarda tekrarlayan olgular değerlendirildiğinde olguların 383'ünde (% 66) ihmalin sürece eşlik ettiği görüldü. İstismarın tekrarı ile ihmal arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (p=0,0001). Aile içi şiddetin gözlemlendiği istismar olgularında tekrarlama istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,0001) (Tablo 14).

Tablo 14.Tekrarlayan Cinsel İstismar Olgularında Etkili Faktörler

	Cinsel istismar Tekrarı		
	var n (%)	Yok n (%)	P
Cinsiyet			0,0001
Kız	712 (% 54,3)	600 (% 45,7)	
Erkek	158 (% 40,9)	228 (% 59,1)	
İhmal			0,0001
Var	383 (% 66)	197 (% 34)	
Yok	466 (42,8)	622 (% 57,2)	
Fiziksel istismar			0,0001
Var	194 (% 62,6)	116 (% 37,4)	
Yok	669 (% 48,7)	705 (% 51,3)	
Aile içi şiddet			0,0001
Var	104 (% 12,2)	51 (% 6,3)	
Yok	748 (% 87,8)	763 (% 93,7)	

4.2.3.Cinsel İstismara Eşlik Eden İhmal ve Diğer İstismarlar

4.2.3.1.İhmal

Dosya bilgisine ulaşılan 1681 olgunun, 587'sinde (% 34,2) cinsel istismara ek olarak ihmal gözlemlendi. İhmal varlığı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (p=0,0001) (Tablo 15).

Tablo 15. İhmal Varlığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

	Kız n (%)	Erkek n (%)	P
İhmal			0,0001
Var	506 (% 38,8)	81 (% 21,5)	
Yok	798 (% 61,2)	296 (% 78,5)	

İstismarda ihmalin varlığının; annenin eğitim seviyesi, annede ve babada ruhsal hastalık öyküsü, babada alkol kullanımı, babanın çalışma surumuyla, aile durumuyla, kurum bakımı alma, aile içi şiddetle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptandı ($p=0,0001$) (Tablo 16).

Tablo 16. İhmal Varlığının Aile Özellikleri ile İlişkisi

	İhmal		P
	Var n (%)	Yok n (%)	
Anne Eğitim			0,0001
Okuryazar	324 (% 58,7)	(% 83,5)	
Okuryazar değil	228 (% 41,3)	178 (% 16,5)	
Anne Ruhsal Bozukluk			0,0001
Var	64 (% 11,7)	70 (% 6,5)	
Yok	488 (% 84,6)	1011 (% 93,5)	
Baba Eğitim			0,0001
Okuryazar	428 (% 83,1)	1008 (% 94,9)	
Okuryazar değil	87 (% 16,9)	54 (% 5,1)	
Baba Düzenli İş			0,0001
Var	444 (% 84,6)	958 (% 90,6)	
Yok	81 (% 15,4)	99 (% 9,4)	
Babada ruhsal hastalık			0,0001
Var	40 (% 7,5)	37 (% 3,5)	
Yok	491 (% 92,5)	1017 (% 96,5)	
Babada Alkol Kullanımı			0,0001
Var	101 (% 19)	105 (% 9,9)	
Yok	431 (% 81)	951 (% 90,1)	
Aile Durumu			0,0001
A-B birlikte	339 (% 57,9)	863 (% 79,2)	
A-B boşanmış	246 (% 42,1)	226 (% 20,8)	
Ayrı Oda			0,0001
Var	98 (% 17,6)	272 (% 26,3)	
Yok	460 (% 82,4)	764 (% 73,7)	
Yetiştirme			0,0001
Anne-baba	413 (% 73,2)	1016 (% 93,4)	
Diğer	151 (% 26,8)	72 (% 6,6)	
Kurum bakımı			0,0001
Var	92 (% 16,3)	22 (% 2)	
Yok	472 (% 83,7)	1066 (% 98)	
Aile içi şiddet			0,0001
Var	94 (% 16,6)	57 (% 5,2)	
Yok	472 (% 83,4)	1030 (% 94,8)	

4.2.3.2 Fiziksel istismar

Cinsel istismar olgularının % 18,1'inde (n=310) fiziksel istismar da mevcuttu. Annenin eğitim düzeyi ile fiziksel istismar birlikteliği arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki saptandı (p=0,023). Annenin çalışma durumu ile fiziksel istismar arasında da istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttu(p=0,007). Annede ve babada ruhsal bozukluk varlığında; fiziksel istismar birlikteliği istatistiksel anlamlı olacak şekilde artmıştı (p=0,001). Babada alkol kullanımı ile fiziksel istismar birlikteliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.(p=0,0001) Ebeveynlerin boşanması, kurum bakımı alma, anne baba dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme, aile içi şiddet ile fiziksel istismar birlikteliği arasında da istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Fiziksel İstismar Birlikteliğine Aile Özelliklerinin Etkisi

	Fiziksel İstismar		
	Yok n (%)	Var n (%)	P
Anne eğitim			
Okuryazar	1034 (% 76,5)	208 (% 70,3)	0,023
Okuryazar değil	317 (% 23,5)	88 (% 16,5)	
Anne Ruhsal bozukluk			
Var	97 (% 7,2)	39 (% 13,2)	0,001
Yok	1253 (% 92,8)	256 (% 86,8)	
Baba eğitim			
Okuryazar	1180 (% 90,9)	249 (% 83,8)	0,626
Okuryazar değil	118 (% 9,1)	48 (% 16,2)	
Babada Ruhsal Hastalık			
Var	52 (% 4)	25 (% 8,4)	0,001
Yok	1250 (% 96)	273 (% 91,6)	
Baba Alkol Kullanımı			
Var	137(% 10,5)	72 (% 24,2)	0,0001
Yok	1167(% 89,5)	226 (% 75,8)	
Aile Durumu			
A-B birlikte	1024(% 74,3)	187 (% 60,5)	0,0001
A-B boşanmış	355 (% 25,7)	122(% 39,5)	
Ayrı oda durumu			
Var	317 (% 24,3)	54 (% 17,9)	0,017
Yok	989 (% 75,7)	248 (% 82,1)	
Yetiştirme			
Anne-baba	1204(% 88,5)	239 (% 77,9)	0,0001
Diğer	156(% 11,5)	68 (% 22,1)	
Kurum bakımı			
Var	92 (% 16,3)	22(% 2)	0,0001
Yok	472(% 83,7)	1066(% 98)	
Aile içi şiddet			
Var	75 (% 5,5)	81 (% 26,7)	0,0001
Yok	1288 (% 94,5)	222 (% 73,3)	

Tekrarlayan cinsel istismar olguları ile fiziksel istismar birlikteliği değerlendirildiğinde; fiziksel istismar birlikteliği olan olgularda tekrarlama oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p=0,0001$). Gene öyküde ihmalin varlığı da; fiziksel istismarı istatistiksel anlamlı düzeyde artırmıştı ($p=0,0001$).

4.3. İstismarcının Özellikleri

İstismarcı özelliklerinin değerlendirmesinde 14 dosyada bu bilgilere ulaşılamadı. (% 0,8) 1702 olgunun % 7,8'inde ($n=133$) baba, % 4,3'ünde ($n=74$) abi, % 10,2'sinde ($n=174$) akraba, % 50,5'inde ($n=860$) akraba dışında tanıdık, % 3,7'sinde ($n=63$) nikahsız eş, % 1,4'ünde ($n=23$) üvey baba, % 19,2'sinde ($n=327$) yabancı kimse istismarcı idi. 154 (% 9) olguda birden fazla istismarcı olduğu gözlemlendi (Tablo 18).

Tablo 18. istismarcıların dağılımına ait veriler

	N=olgu sayısı	Yüzde (%)
İstismarcı		
Baba	133	7,8
Abi	74	4,3
Akraba	174	10,2
Akraba Dışında Tanıdık	860	50,5
Nikahsız Eş	63	3,7
Üvey Baba	23	1,4
Yabancı	327	19,2
Birden Fazla İstismarcı	154	9

Babanın istismarcı olduğu kız olgular % 9,4 ($n=124$) iken; erkeklerde bu oran % 2,3 ($n=9$) idi. Babanın istismarcı oluşu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,0001$). Benzer şekilde kız olgularda abinin istismarcı olma oranı; erkek olgulardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p=0,005$).

Babanın istismarcı olduğu olgularda tekrarlayan cinsel istismar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p=0,0001$). Benzer şekilde babanın istismarcı olması ile ihmal arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0,0001$).

Olguların tanıdık ve diğer olacak şekilde gruplandırıldığında 1702 olgunun % 68,3'ünde ($n=1163$) istismarcı tanıdı. İstismarcının tanıdık olduğu olgularda, fiziksel

istismar görülme oranı istatistiksel anlamlı derece daha yüksekti($p=0,0001$). Benzer şekilde; istismarcının tanındık olduğu olgularda, ihmal görülme oranı istatistiksel anlamlı derece yüksek saptandı ($p=0,0001$)(Tablo 19).

Tablo 19. İstismarcıların Tanındık Olduğu Durumların Karşılaştırılması

	İstismarcı		P
	Tanıdık N=olgu (yüzde%)	Diğer N=olgu (yüzde%)	
İhmal			0,0001
Var	353(% 60,9)	227(% 39,1)	
Yok	788(% 72,2)	303(% 27,8)	
Fiziksel istismar			0,0001
Var	168(% 54,4)	141(% 45,6)	
Yok	986(% 71,6)	392(% 28,4)	

İstismarcı sayısı kız olguların % 11,2'sinde ($n=147$) birden fazla iken; erkek olguların % 1,8'inde ($n=7$) birden fazla istismarcı mevcuttu. İstismarcı sayısı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p=0,0001$). İstismarcı sayısının birden fazla olması ile fiziksel istismar birlikteliği istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p=0,001$). Tekrarlayan cinsel istismar olguları ile istismarcı sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki mevcuttu ($p=0,0001$) (Tablo 20).

Tablo 20. İstismarcı Sayısı ile İstatistiksel Anlamlı Değişkenlerin Analizi

	İstismarcı sayısı		p
	Bir n (%)	Birden fazla n (%)	
Cinsiyet			0,0001
Kız	1168 (% 88,8)	147(% 11,2)	
Erkek	380 (% 98,2)	7 (% 1,8)	
İstismarın Tekrarı			0,0001
Var	728 (% 83,9)	140 (% 16,1)	
Yok	812 (% 98,3)	14 (% 1,7)	
Fiziksel İstismar			0,0001
Var	266 (% 86,1)	43 (% 13,9)	
Yok	1269 (% 92,1)	109 (% 7,9)	

4.4. İstismar Olgularında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Mental Retardasyon Öyküsü

Çalışmamızda 2 dosyada bu bilgiye ulaşılamadı. 1714 olgunun % 5,2'sinde (n=89) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), % 14,7'sinde (n=252) Mental Retardasyon (MR) öyküsü saptandı.

DEHB ve MR öyküsü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,0001$, $p=0,01$) (Tablo 21)(Tablo 22).

İhmal ile DEHB öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken; MR öyküsü olan olgularda ihmal, istatistiksel anlamlı olacak düzeyde yüksek saptandı ($p=0,0001$)(Tablo 21)(Tablo 22).

Tekrarlayan cinsel istismar olguları ile DEHB ve MR öyküsü arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı (DEHB için $p=0,34$, MR için $p=0,42$).

Tablo 21.Cinsel İstismarda DEHB Öyküsünün Değerlendirilmesi

	DEHB Öyküsü		P
	Var n (%)	Yok n (%)	
Cinsiyet			0,0001
Kız	53 (% 4)	1272 (% 96)	
Erkek	36 (% 9,3)	353 (% 90,7)	
İhmal			0,14
Var	23 (% 4,1)	563 (% 95,9)	
Yok	56 (% 5,8)	1030 (% 94,2)	

Tablo 22. İstismarda MR Öyküsü değerlendirilmesi

	MR Öyküsü		P
	Var n (%)	Yok n (%)	
Cinsiyet			0,0001
Kız	179 (% 13,5)	1146 (% 86,5)	
Erkek	73 (% 18,8)	316 (% 81,2)	
İhmal			0,0001
Var	117 (% 19,9)	470 (% 80,1)	
Yok	131 (% 12)	962 (% 88)	

4.5. İstismara Yaklaşım

4.5.1.Çocuğun İstismara Yaklaşımı

Çalışmamızda 1196 istismar olgusunda çocuğun istismara yaklaşımı bilgisine ulaşıldı. Olguların 196'sının (% 16,4) istismarı gizlediği, 1000 (% 83,6) olgununda yardım aldığı saptandı. Kız olguların 146'sı (% 15,7) istismarı gizlerken; erkek olguların 50'si (% 18,5) istismarı gizlemişti.

Çocuğun istismara yaklaşımı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir sonuç bulunmadı ($p=0,229$). Sürece fiziksel istismarın eşlik etmesi ile çocuğun istismara yaklaşımı arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,78$). Tekrarlayan cinsel istismar ile çocuğun yaklaşımı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktu ($p=0,463$).

4.5.2.Ailenin İstismara ve Çocuğa Yaklaşımı

Çalışmamızda 174 (% 10,1) dosyada ailenin istismara yaklaşımı bilgisine ulaşılamadı. Olguların % 12,3'ünde ($n=190$) ailenin istismarı gizlediği, % 87,7'inde ($n=1352$) yardım istediği saptandı.

Ailenin istismara yaklaşımı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,0001$). Fiziksel istismar birlikteliği ile ailenin istismara yaklaşımı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,0001$). İhmal varlığında, ailenin gizleme oranı istatistiksel anlamlı olacak derecede yüksek saptandı ($p=0,0001$). Benzer şekilde tekrarlayan cinsel istismarlarda, ailenin istismarı gizleme oranı anlamlı derecede yüksekti ($p=0,0001$) (Tablo 23).

Tablo 23.Ailenin İstismara Yaklaşımıyla İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması

	Ailenin Yaklaşımı		P
	Gizleme n (%)	Yardım İsteme n (%)	
Cinsiyet			0,0001
Kız	175 (% 14,7)	1015 (% 85,3)	
Erkek	15 (% 4,3)	337 (% 95,7)	
İstismarın Tekrarı			0,0001
Var	149 (% 19,5)	614 (% 80,5)	
Yok	39 (% 5,1)	732 (% 94,9)	
İhmal			0,0001
Var	128 (% 25,0)	384 (% 75,0)	
Yok	59 (% 5,8)	950 (% 94,2)	
Fiziksel İstismar			0,0001
Var	64 (% 22,8)	217 (% 77,2)	
Yok	125(% 10,0)	1126(% 90,0)	

Dosya bilgisine ulaşılan 1532 olgudan % 18,1'i (n=277) çocuğa suçlayıcı yaklaşırken; % 81,9'unun (n=1255) koruyucu ve destekleyici tutum sergilediği saptandı. Ailenin çocuğa yaklaşımı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,0001). Benzer şekilde fiziksel istismar birlikteliği olan olgularda ailenin suçlayıcı yaklaşımı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,0001). İhmal varlığı ile aile yaklaşımı arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,0001). Tekrarlayan cinsel istismar olgularında ailenin suçlayıcı yaklaşımı anlamlı derecede yüksekti(p=0,0001)(Tablo 24).

Tablo 24.Ailenin Çocuğa Yaklaşımıyla İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması

	Çocuğa Yaklaşım		P
	Suçlayıcı n (%)	Koruyucu Destekleyici n (%)	
Cinsiyet			0,0001
Kız	257 (% 21,7)	928 (% 78,3)	
Erkek	20 (% 5,8)	327 (% 94,2)	
İstismarın Tekrarı			0,0001
Var	192 (% 25,4)	614 (% 80,5)	
Yok	84 (% 10,9)	686 (% 89,1)	
İhmal			0,0001
Var	159 (% 31,5)	346 (% 68,5)	
Yok	114 (% 11,3)	894 (% 88,7)	
Fiziksel İstismar			0,0001
Var	75 (% 27,3)	200(% 72,7)	
Yok	201(% 16,1)	1046 (% 83,9)	

4.6. İstismarın Sonuçlarının Değerlendirilmesi

4.6.1. Olguların Adli Değerlendirme Heyeti'nde Aldıkları Tanılar

Çalışmamızda heyete başvuran hastalardan daha önce psikiyatrik tanısı olmayan olguların 387'sine (% 22,8) TTSB, 8'ine (% 0,5) ASB, 4'üne (% 0,2) depresyon, 34'üne (% 2) uyum bozukluğu, 2'sine (% 0,1) dürtü denetim bozukluğu, 9'una (% 0,5) borderline kişilik bozukluğu, 14'üne(% 0,8) bipolar bozukluk, 5'ine (% 0,3) psikoz, 5'ine (% 0,3) DEHB, 20'sine (% 1,2) zeka geriliği tanısı kondu. 32 (% 1,9) olguda tanı değerlendirilemedi.134 hastaya (% 7,8) takip sonrası karar verilmesi planlandı. Olgulardan 12'sine (% 0,7) evlenip evlenemeyeceği hususunda, 13'üne de (% 0,8) gebelik sonlandırmasıyla ilgili rapor düzenlendi. 571 (% 33,6) olgunun birden fazla bozukluk tanısıyla takibi planlandı. 448 (% 26,4) hastada bozukluk tespit edilmedi (Tablo 25).

Tablo 25. Heyette Alınan Tanıların Değerlendirilmesi

	N=Olgu Sayısı	Yüzde (%)
Heyette aldığı tanı		
TSSB	387	22,8
ASB	8	0,5
Uyum Bozukluğu	34	2
Depresyon	4	0,2
Bipolar	14	0,8
Psikoz	5	0,3
DEHB	5	0,3
Zeka Geriliği	20	1,2
Dürtü Denetim Bozukluğu	2	0,1
Takip Sonrası Karar	134	7,8
Evlenip Evlenmeyeceği Rapor	12	0,7
Gebelik Sonlandırma Rapor	13	0,8
Birden Fazla Bozukluk	571	33,6
Bozulma Yok	448	26,4

(DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ASB: Akut Stres Bozukluğu, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu)

4.6.2. Gebelik

1709 hastanın genital muayene olup olmadığı bilgisine ulaşılmış olup, olguların % 19,3'ünün (n=329) genital muayene olduğu gözlemlendi. Olguların 1714'ünde gebelik varlığı bilgisine ulaşılmış olup, olguların % 9,4'ünde (n=161) gebelik saptandı.

4.6.3. İstismarın Sosyal Sonucu

Çalışmaya alınan 1716 olgudan 708'inde (% 41,3) istismarın sosyal sonucuna ilişkin bilgi mevcuttu. 708 olgunun % 18,2'sinde (n=129) eğitimin aksamaması, % 21'inde (n=149) aileden ayrılma, % 25,7'sinde (n=182) çevre baskısı gözlemlendi (Tablo 26).

Tablo 26.İstismarın Sosyal Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Sosyal Sonuç	N:Olgu Sayısı	Yüzde (%)
Eğitimin Aksamaması	129	18,2
Aileden Ayrılma	149	21,0
Çevre Baskısı	182	25,7
Eğitimin Aksamaması+ Aileden Ayrılma	45	6,4
Eğitimin Aksamaması+ Çevre Baskısı	77	10,9
Aileden Ayrılma+ Çevre Baskısı	50	7,1
Eğitim Aksamaması+ Aileden Ayrılma+ Çevre Baskısı	76	10,7

4.7. İstismar Olgularının Takibi

Olguların değerlendirme sürecinin tamamlanmasından sonra takip bilgisine 1714 olguda ulaşıldı. Bu olguların % 29,1'inin (n=498) takip edilirken; % 70,9'u (n=1216) takip dışı kalmıştı. Olguların takibi ile ihmal ilişkisi incelendiğinde ihmal olan olgularda takibe devam etmeme oranı istatistiksel anlamlı derecede yüksekti (p=0,004).

1706 olgudan 743'üne (% 43,3) değerlendirme sürecindeyken medikal tedavi önerildi. 1606 olgudan elde edilen dosya bilgilerine göre 140 (% 8,7) olguda adli birimlere ek önerilerde bulunulmadı. Adli birimlere ek öneriler tablo 27'de özetlendi.

Tablo 27. Adli Birimlere Önerilerin Değerlendirilmesi

Adli Birime Öneriler	N:Olgu Sayısı	Yüzde (%)
Koruma Altına Alma	21	1,3
Yatarak Takip	54	3,3
Sosyal İnceleme	168	10,4
Birden Fazla Öneri	155	9,6
Takip	965	65,6

5. TARTIŞMA

Birçok ülkede geniş prevalansa sahip olduğu gösterilmiş çocuk cinsel istismarı, üzerinde ayrıntılı inceleme gerektiren, mağdurları, aileleri, toplulukları ve toplumu olumsuz etkileyen yaygın bir sosyal problemdir.

Bu çalışmada sürece yol açan risk etmenlerin belirlenmesi, sürdürücü etkenlerin ortaya konması, koruyucu faktörlerin belirlenmesini sağlayarak, cinsel istismar olguları yönetim konusunda literatüre katkı sağlaması hedeflenmiştir. Çalışmamız Adli Olgular Değerlendirme Heyeti'nde 2005 Ocak- 2017 Aralık tarihleri arasında değerlendirilen 1327 kız, 389 erkek toplam 1716 cinsel istismar olgusu ile yapılmıştır.

Finkelhor (1994), 1970-1990 yılları arasında yapılmış çocuk cinsel istismar çalışmalarını gözden geçirmiş; cinsel istismarın kadınlarda % 7'den 36'ya, erkeklerde % 3'ten 29'a kadar geniş bir yaygınlıkta olduğunu göstermiştir.⁽¹²⁷⁾ Kızların, erkeklere oranla cinsel istismara uğrama riski 2,5-3 kat daha fazladır.⁽⁸⁵⁾ Tüm ÇCI vakaları değerlendirildiğinde; yaklaşık % 22-29'unu erkeklerin oluşturduğu bildirilmektedir.⁽¹²⁸⁾

Ergenlerde cinsel istismar oranlarının değerlendirildiği bir okul çalışmasında; yaklaşık her 6 öğrenciden birinin cinsel istismara uğradığı bildirilmiş; kızların istismarı bildirme oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir.⁽¹²⁹⁾ Erkek ve kızlardaki cinsel istismar prevalansındaki bu farklılıklar çalışmaya katılan olgu sayısı, veri toplama yöntemine bağlı olarak büyük ölçüde değişkenlik göstermektedir. Ayrıca erkeklerde özellikle ifşa edilme ve yanlış değerlendirme kaygıları nedeniyle istismarı açıklamadıkları da bilinmektedir.⁽¹³⁰⁾ Çalışmalar ruh sağlığı profesyonellerinin, yetişkin erkeklerde cinsel istismar öyküsü hakkında nadiren soru sorduklarını göstermiştir.⁽⁹⁴⁾ Ülkemizde cinsel istismar mağduru çocuklarla ilişkili yapılan 12 yıllık bir meta analiz çalışmasında 3138 olgu değerlendirilmiş, bu olguların 2469'unun (% 78,53) kız, 675'inin (% 21,47) ise erkek olduğu görülmektedir. İstismara uğrayan kız çocuklarının sayısının erkek çocuklardan fazla olması dikkat çekmektedir.⁽¹³¹⁾

Bizim çalışmamızda 1716 olgunun 389'u erkek (% 22,7), 1327'si (% 77,3) kızdır. Çalışmamızda kız erkek oranı literatür ile uyumludur. Araştırmamızda elde edilen bu bulgu, konuya ilişkin dünya literatüründeki bulgularla da tutarlılık göstermektedir.^(132,133,134,135,136)

Malatya ilinde cinsel istismara uğramış 215 olgunun değerlendirildiği başka bir çalışmada ise; olguların % 73'ünü kızların, % 27'sinin erkeklerden oluştuğu, kızların yaş ortalamasının 13 iken erkeklerin yaş ortalamasının 10 olduğu bildirilmiştir.⁽¹³⁷⁾ Ülkemizde yapılan bir başka retrospektif çalışmada ise adli mercilere başvuran cinsel istismar olguları değerlendirilmiş, bu olguların yaklaşık % 80'inin 12-18 yaş arasında olduğu belirtilmiştir.⁽¹³⁸⁾

Bizim çalışmamızda olguların yaş ortalaması $13,85 \pm 3,64$ (en küçük 3, en büyük 17 yaş) olup kızlar için $14,7 \pm 41,4$, erkekler için $10,8 \pm 3,6$ yıl idi ve mevcut literatür ile uyumluydu.

Okulu bırakmış olan ve eğitimine devam eden olguların cinsel istismar açısından değerlendirildikleri öz bildirime dayalı bir çalışmada özellikle okulu bırakmış kızlarda cinsel istismar sıklığının eğitimine devam eden gruba kıyasla artış olduğu gösterilmiştir.⁽¹³⁹⁾

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; istismara uğrayan ergenlerin % 21,6'sının okula devam etmediği ya da yaşına uygun eğitim almadığı belirlenmiştir.⁽¹⁴⁰⁾ Çalışmamızda olguların 103'ü (% 6) hiç okula gitmediğini, 112'si (% 6,5) ise ilkokulu bitirdikten sonra okula devam etmediğini bildirmiştir.

Mental retardasyonun varlığı çocuklarda cinsel istismara uğrama riskini artırmaktadır. Mental retarde çocukların kendilerine gösterilen ilgi ve sevgiye olumlu yanıt vermeleri, yargılama ve değerlendirme yeteneklerinin yetersizliği nedeniyle istismar sırasında yapılacak davranışları anlamlandıramamaları ve cinsel yaklaşmayı bilmeden kabul edebilecekleri bilinmektedir.⁽¹⁴¹⁾ Zeka geriliği olan çocuklar, normal gelişim ve zekası olan çocuklarla kıyaslandığında cinsel istismara uğrama oranları 2-3 kat daha yüksektir.⁽¹⁰³⁾ Ayrıca, kötü muamele oranları ile zeka geriliğinin şiddeti arasında güçlü bir ilişki olduğu da gösterilmiştir.⁽¹⁰⁵⁾

Ülkemizde yapılan 125 cinsel istismara uğramış olgunun değerlendirildiği bir çalışmada olguların % 31,7'sinde hafif zeka geriliği, % 20,5'inde ise sınır zeka düzeyi tespit edilmiştir.⁽¹⁴⁰⁾

Çalışmamızda 1714 olgunun % 14,7'sinde (n=252) zeka geriliği saptanmıştır. Zeka geriliği, istismara uğrayan erkek çocuklarında kız çocuklarına oranla istatistiksel anlamlı düzeyde yüksektir. Literatürle uyumlu biçimde bu çalışmada zeka geriliği olan

istismar olgularında ihmal öyküsünün istatistiksel anlamlı olacak düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Danimarka da son zamanlarda yapılan bir çalışmada; çocukluk dönemi cinsel istismara maruz kalan çocukların daha yüksek DEHB semptomları gösterdiği, özellikle diğer istismar türlerine göre cinsel istismar ile güçlü bir bağlantısının olduğu, özellikle erkeklerde bu etkinin kızlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁴²⁾

Çalışmamızda 1714 olgunun % 5,2'sinde DEHB mevcuttur. Literatüre uyumlu olacak şekilde istismara uğrayan erkek olgularda DEHB oranı istatistiksel anlamlı olacak düzeyde yüksek bulunmuştur.

Cinsel istismarın çocuklar ve ergenler üzerindeki gelişimsel etkisini araştıran çok sayıda ampirik çalışma, maladaptif davranışların ve sorunların cinsel istismar deneyimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. En sık bildirilenler, depresyon, anksiyete ve diğer içselleştirici bozuklukların yanı sıra ayrışma, davranış bozuklukları, saldırganlık ve uygunsuz ya da erken cinsel davranış ve aktivite gibi problemleri dışsallaştırma sorunlarıdır.^(143,144)

Özellikle cinsel uyumsuzluk, kişiler arası problemler, akademik performansta düşüklük, akut anksiyete semptomları, kendine zarar verici davranışlar, somatik belirtiler, benlik saygısı kaybı, fuhuş ve kriminal davranışlar, depresyon, tamamlanmış intihar veya intihar girişimleri, ÇCI mağdurları tarafından bildirilen zorluklardan bazılarıdır.^(145,146)

Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda TSSB'nin % 44–71 oranlarında görüldüğü bildirilirken, bu olgularda en sık adı geçen ruhsal bozukluktur. Bazı çocuklar TSSB'nin tüm tanısal ölçütlerini karşılamasalar da olayı yeniden yaşantılama davranışları, korku, kaygı ve konsantrasyon güçlükleri belirtileri gösterebilmektedir.⁽¹⁴⁷⁾

Cinsel istismar öyküsü olan bireylerin ergenlik ve genç erişkinlik döneminde depresyon veya intihar riski diğer ergenlere göre daha yüksektir.⁽⁸⁴⁾ İngiltere'de cinsel istismar öyküsü ile erişkin kadınlarda depresyonun ilişkisinin incelendiği, rastgele toplum örnekleminin kullanıldığı bir çalışmada cinsel istismar öyküsü olan kadınların 3 yıllık çalışma döneminde % 64'ünün depresyon tanısı alırken; cinsel istismar öyküsü olmayan kadınlarda bu oran % 26 olarak belirlenmiştir.⁽¹⁴⁸⁾

Çalışmamızda olguların 387'si (% 22,8) TTSB, 8'i (% 0,5) ASB, 34'ü (% 2) uyum bozukluğu, 20'si (% 1,2) zeka geriliği, 14'ü (% 0,8) bipolar bozukluk, 9'u (% 0,5) borderline kişilik bozukluğu, 5'i (% 0,3) psikoz , 5'i (% 0,3) DEHB, 4'ü (% 0,2) depresyon, 2'si (% 0,1) dürtü denetim bozukluğu tanısı almıştır. Olguların en fazla aldığı tanı TTSB'dir ve mevcut bulgular literatür ile uyumludur.

Literatürde yapılan çalışmalarda cinsel istismar için bir takım ailesel risk faktörlerinden bahsedilmektedir. Ailenin sosyoekonomik durumu, aile yapısı, ailede ruhsal hastalık varlığı, annenin çocuğu doğurduğu yaş anne veya babada alkol-madde bağımlılığı varlığı, anne ve babanın eğitim düzeyi en çok çalışma yapılan ana başlıklardır.

Çalışmamızdaki olguların annelerin % 24,1'inin okuma yazma bilmediği, % 50'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Lise ve üzeri eğitim seviyesindeki anneler olguların % 9,9'unu oluşturuyordu. Tekrarlayan cinsel istismar olgular değerlendirildiğinde; olguların % 27,2 sinde anneler okuma yazma bilmiyordu ve anne eğitiminin düşük olmasıyla istismarın tekrarlaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı. Annenin eğitim düzeyi ile fiziksel istismar birlikteliği arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki saptandı. Literatürde de çalışmamızla uyumlu olacak şekilde anne eğitimin düşük olmasının hem cinsel istismar hemde diğer istismar türlerine maruziyeti artırdığı bildirilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda annelerin eğitim düzeyinin, istismara uğramayan akranların annelerine oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir.^(149,150)

Annelerdeki ruhsal hastalık varlığı değerlendirildiğinde; kız olguların 116'sında (% 9,0), erkek olguların 20'sinde (% 5,3) annede ruhsal hastalık mevcuttu. Annede ruhsal bozukluğu olan olgularda tekrarlayan cinsel istismar görülme oranı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti.

Literatürde de ebeveynlerin özellikle annenin ruhsal hastalığı, ebeveyn madde kötüye kullanımının sosyal izolasyon riskini artırdığı, bunun da istismara uğramayı kolaylaştırdığı bildirilmektedir. Ana-babada psikiyatrik bir hastalık ya da kişilik bozukluğunun bulunması çocuğun cinsel istismara uğrama riskini artırmaktadır.⁽³³⁾ Anne ve babaların ruhsal sağlık sorunları Cİ'ye uğrama açısından bir risk etkeni olabilmekte, psikiyatrik rahatsızlıkları anne ve babanın işlevselliklerini bozabilmekte ve ebeveyn rolünü yerine getirmelerini güçleştirebilmektedir. Psikiyatrik bir sorunu olan

anne babalarda çocuk yetiştirme ile ilgili korkular ve yetersizlikler ortaya çıkabilmekte ya da bu durum çocuğu ihmal etmekle sonuçlanabilmektedir.^(151,152) Çalışmamızda bu yönüyle literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda lise mezunu ve üzeri eğitim seviyesindeki babalar olguların % 15,9'unu oluşturmaktaydı. Babaların % 4,1'inde ruhsal hastalık mevcuttu. Alkol-madde kullanımı babaların % 12,2 sinde mevcuttu. Çalışmamız literatürde de benzer şekilde özellikle babanın alkol madde kullanımı ile ÇCI arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildiren çalışmaları destekler niteliktedir.⁽¹⁵³⁾ Konuyla ilgili bir çalışmada her dört babadan birinin istismar anında alkol etkisi altında olduğu saptanmıştır.⁽¹⁵¹⁾ CI'ye uğrayan çocukların ailelerinde alkol ve madde kullanımı oldukça siktir.⁽¹⁵⁴⁾

Boşanma, ayrılık, şiddet, alkol ve madde kullanımı ve yoğun aile içi çatışmaların olduğu ailelerde cinsel istismar riski belirgin olarak artmaktadır.^(152,155)

Çalışmamızda da anne-baba birlikte yaşayan olgular % 71,3 iken; olguların % 28,2'inde boşanmıştı. Olguların % 54,5'i çekirdek aile olarak yaşarken; % 13,05'i geniş ailede, % 15,3'ü sadece anne ile, % 3'ü sadece baba ile,% 2,2 si akraba yanında, % 9,4'ü kurum bakımında, % 0,9'u nikahsız eş ile birlikte yaşamaktaydı. Kurum bakımında olan kız olguların sayısı erkek olgulardan istatistiksel anlamlı oranda yüksekti.

1054 istismar olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada; olguların 341'inde (% 32,3) dokunma, 189'unda (% 17,9) vajinal penetrasyon, 71'inde (% 6,7) anal penetrasyon, 75'inde (% 7,1) vajinal ve anal penetrasyon birlikte, 152'sinde (% 14,4) sürtünme, 17'sinde (% 1,6) gösterimcilik saptanmıştır.^(36.) Cohen ve ark. 203 olguluk bir çalışmada istismar şekli olarak en sık 76 olgu (% 37,4) ile genital penetrasyonu göstermişlerdir.⁽¹⁵⁷⁾

Ülkemizde Sofuoğlu ve ark. yaptığı 1005 cinsel istismar olgusunda oluşan çalışmada da, 492 (% 49) olgu da penil-vajinal penetrasyon en yüksek oranda olmak üzere; sürtünme 103 (% 10,2) olguda, sözel cinsel taciz 187 (% 18,6) olguda gösterilmiştir.⁽¹³⁸⁾

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu biçimde 445 (% 25,9) olguda genital penetrasyon en sık istismar şeklidir. Sürtünme 303 (% 17,6) olguda, , anal penetrasyon 279 (% 16,2) olguda, oral penetrasyon 26 (% 1,5) olguda, elleme 217 (12,6) olguda,

öpme 36 (% 2,09) olguda, sözlü istismar 21 (% 1,2) olguda, gösterimcilik 34 (% 1,9) olguda saptanmıştır.

Cinsel istismara uğrayan 387 erkek çocuğun 220'sinde (% 56,8), 1315 kız çocuğun 674'ünde (% 51,3) penetrasyon mevcuttur. Cinsiyet ile penetrasyon varlığı arasında anlamlılığa yakın düzeyde istatistiksel ilişki saptanmıştır. Literatürde de çalışmamızla uyumlu olacak şekilde, Feering ve ark. ve Edinburg ve ark. yaptığı çalışmalarda erkeklerde anal penetrasyonun daha sık görüldüğü bildirilmektedir.^(158,159) Çalışmamızda ayrıca, penetrasyon varlığı ile tekrarlayan cinsel istismar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. İstismarcı ile mağdur arasındaki fiziksel temasın yoğunluğunun artması, özellikle de penetrasyonun varlığı erişkin dönemde psikiyatrik problemler, cinsel sorunlar, riskli cinsel davranışlar, ilişkilerde istikrarsızlık ve şiddet gibi pek çok olumsuz sonuçla ilişkili bulunduğu bildirilmektedir.⁽¹⁵⁰⁾

Priebe ve ark. 1962 olgunun 1369'unda (% 69,8), Shaw ve ark. 51 olgunun 33'ünde (% 64,8), Edgard ve ark. 77 olgunun 69'unda (% 89,6) istismarın tekrarladığını göstermişlerdir.^(160,161,162) Ülkemizde Sofuoğlu ve ark. yaptığı çalışmada da 1005 olgunun 441'inde (% 43,9) cinsel istismarın tekrarladığı gösterilmiştir.⁽¹³⁸⁾

Çalışmamızda da literatüre uyumlu olacak şekilde; 1698 cinsel istismar olgusunun 870'inde (% 51,2) istismar tekrarlamıştı. Kız olguların % 54,3'ünde (n=712) cinsel istismar tekrarlanırken; erkek olguların % 40,9'unda (n=158) tekrarlamaya vardı. Cinsel istismar tekrarı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı. Tekrarlayan istismar olgularında ailede boşanma öyküsü, tekrarlamayan olgulara göre istatistiksel anlamda yüksekti. Benzer şekilde kurum bakımı alan olgularda; istismarın tekrarlama oranı, istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Çin'de yapılan tekrarlayan istismarın değerlendirildiği bir çalışmada; istismarın tekrarlandığı grupta kötü aile desteğinin ve ihmalin sık gözlendiği, bu olgularda istismarın genelde tanıdık biri tarafından yapıldığı ve istismarın tanıdık yerde yapıldığı bildirilmiştir.⁽⁶⁷⁾

Cİ ile ilişkili pek çok çalışmada Cİ eylemi sırasında zorlama ve şiddetten bahsedilmekte ve Cİ'nin fiziksel istismar ile birlikteliğine sık rastlandığı bildirilmektedir.⁽¹⁶³⁾ Sofuoğlu ve ark. yaptıkları çalışmada da 1005 olgunun % 45,7'sinde olmak üzere cinsel istismara en sık fiziksel istismarın eşlik ettiği bildirilmektedir.⁽¹³⁸⁾ Bizim çalışmamızda cinsel istismar olgularının % 18,1'irinde (n=310) fiziksel istismar da mevcuttur. Çalışmamızdaki bu oran literatüre göre daha

düşük saptanmıştır. Çalışmamızda ayrıca, annenin eğitim düzeyi düşüklüğü ile fiziksel istismar birlikteliği arasında istatistiksel anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Annede ve babada ruhsal bozukluk varlığında; fiziksel istismar birlikteliği istatistiksel anlamlı olacak şekilde artmıştır. Babada alkol kullanımı ile fiziksel istismar birlikteliği arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki mevcuttur. Ayrıca ebeveynlerin boşanması, kurum bakımı alma, bebekken anne baba dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme, aile içi şiddet varlığı ile fiziksel istismar birlikteliği arasında da istatistiksel anlamlı ilişki saptandı.

Duygusal olarak ihmal edilmiş veya fiziksel veya psikolojik olarak istismar edilen bir çocuk, aynı zamanda cinsel istismara da daha açık hale gelmektedir.⁽⁹⁷⁾ Çalışmamızda dosya bilgisine ulaşılan 1681 olgunun, 587'sinde (% 34,2) cinsel istismara ek olarak ihmal gözlenmiştir. İstismarda ihmalin varlığının; annenin eğitim seviyesi, annede ve babada ruhsal hastalık öyküsü, babada alkol kullanımı, babanın çalışma durumuyla, aile durumuyla, kurum bakımı alma, aile içi şiddetle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

1702 olgunun % 7,8'inde (n=133) baba, % 4,3'ünde (n=74) abi, % 10,2'sinde (n=174) akraba, % 50,5'inde (n=860) akraba dışında tanıdık, % 3,7'sinde (n=63) nikahsız eş, % 1,4'ünde (n=23) üvey baba, % 19,2'sinde (n=327) yabancı kimse istismarcı idi. 1702 olgunun % 68,3'ünde (n=1163) istismarcı tanıdıktı. Literatürde de çalışmamızı destekler nitelikte, istismarcının % 31-71 arasında çocuğun bir arkadaşı ya da tanıdığı biri olduğu; % 14-43 arasında ise aile üyelerinden biri olduğu belirtilirken; yabancı bir tarafından istismara uğrama oranının da % 22 olduğu bildirilmiştir.^(97,164) Amerika'da yapılan araştırmalara göre cinsel istismara uğrayan çocukların % 1-2'lik oranı çok yakın olan anne, baba, abi ya da abla tarafından istismara maruz bırakılmaktadır.⁽⁴³⁾ Sofuoğlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada; istismarcıların % 14,3'ünün aile bireylerinden biri olduğu, erkeklerin % 55,7'sinde istismarcı yabancı kimse iken; kızlarda % 54,9 oranında istismarcı tanıdık olarak bildirilmiştir.⁽¹³⁸⁾

Çalışmamızda ayrıca, istismarcının tanıdık olduğu olgularda, fiziksel istismar görülme oranı istatistiksel anlamlı derece daha yüksek bulunmuştur. İstismarcı sayısı kız olguların % 11,2'sinde birden fazla iken; erkek olguların % 1,8'inde birden fazla

istismarcı mevcuttur. İstismarcı sayısı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda olguların 196'sının (% 16,4) istismarı gizlediği, 1000 (% 83,6) olgununda yardım aldığı saptanmıştır. Kız olguların 146'sı (% 15,7); erkek olguların ise 50'si (% 18,5) istismarı gizlemiştir. Priebe ve ark. 1962 cinsel istismar olgusunun 1244 kız çocuğundan 231'inin (% 18,6), 249 erkek çocuğundan ise 77'sinin (% 30,9) istismarı gizlediğini göstermiştir. Çalışmamızda cinsiyet ile istismarı gizleme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmasa da; literatüre uyacak şekilde erkek olgularda gizleme daha yüksek orandadır. Çocukların cinsiyetinde istismarın bildiriminde etkili olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada; kadın istismar mağdurlarının yarısı bildirim yaparken, erkeklerde bu oranın üçte bir olduğu gösterilmiştir.⁽¹⁶⁵⁾ Erkeklerde bu durum başka bir erkek tarafından istismar edilmenin homoseksüel olmakla eşdeğer tutulma ve bu nedenle damgalanma endişesi ile erkek egemen toplumda tabulardan kaynaklanan nedenlerde istismarı bildirmemeleri ile açıklanmaktadır.⁽¹⁶⁶⁾

Çalışmamızda olguların % 12,3'ünde (n=190) ailenin istismarı gizlediği, % 87,7'inde (n=1352) yardım istediği saptanmıştır. Ailenin istismara yaklaşımı ile cinsiyet ve fiziksel istismar öyküsünün varlığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır. İhmal varlığında, ailenin gizleme oranı istatistiksel anlamlı olacak derecede yüksektir. Benzer şekilde tekrarlayan cinsel istismarlarda ailenin istismarı gizleme oranı anlamlı derecede yüksektir. 2010 yılında ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında; 484 cinsel istismar olgusunda ailenin istismara yaklaşımı değerlendirilmiş, olguların 53'ünde (% 11,0) gizleme, 428'inde (% 88,4) yardım arama gösterilmiştir. Ayrıca aynı çalışma da ailenin çocuğa yaklaşımı da değerlendirilmiş; ailelerin 104'ü (% 21,5) suçlayıcı-baskılayıcı, 379'u (% 78,3) ise destekleyici-koruyucu yaklaşım sergiledikleri bildirilmiştir. Ailenin, kızlardaki suçlayıcı baskılayıcı (% 27,9) ve istismarı gizleme (% 15,1) şeklindeki yaklaşımı erkeklerdekine göre daha fazla bulunmuştur.⁽¹⁶⁷⁾

Çalışmamızda literatüre uyacak şekilde ailenin 1532 olgudan % 18,1'i (n=277) çocuğa suçlayıcı yaklaşırken; % 81,9'unun (n=1255) koruyucu ve destekleyici tutum sergilediği saptanmıştır. Kız olguların 257'sinde (% 21,7) suçlayıcı yaklaşım gözlenirken; erkek olguların 20'sinde (% 5,8) suçlayıcı yaklaşım vardır. Ailenin çocuğa yaklaşımı ile cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır. Benzer şekilde fiziksel istismar ve ihmal birlikteliğinin gözlemlendiği olgularda ailenin suçlayıcı yaklaşımı

istatistiksel anlamlı düzeyde yüksektir. Tekrarlayan cinsel istismar olgularında ailenin suçlayıcı yaklaşımı anlamlı derecede yüksekti.

Çalışmamızda istismarın sosyal sonuçları incelendi. 708 olgunun % 18,2'sinde (n=129) eğitimin aksaması, % 21'inde (n=149) aileden ayrılma, % 25,7'sinde (n=182) çevre baskısı gözlemlendi. Ülkemizde daha önce yapılan başka bir çalışma da istismarın sosyal sonuçlarından; eğitimin aksaması 163 (% 33,7), aileden ayrılma 85 (% 17,6), çevre baskısı ise 161 (% 33,3) olguda tespit edilmiştir.⁽⁵¹⁾ Literatürde bu konuda yapılmış çalışmalar yetersiz düzeydedir.

Çalışmamızda 1709 hastanın genital muayene olup olmadığı bilgine ulaşılmış olup, olguların % 19,3'ünde (n=329) genital muayene olduğu gözlemlenmiştir. Olguların 1714'ü gebelik açısından değerlendirilirken, % 9,4'ünde (n=161) gebelik saptanmıştır. Muayene bulgusu ve gebelik açısından değerlendirildiğinde literatürde Magalhaes ve ark. 1054 olgunun 306'sında (% 29,0), Sapp ve ark. 28 olgunun 6'sında (% 21,4) muayene bulgusunu pozitif olarak bildirmiştir.^(156,168) Bizim çalışmamızda da bu oranlar literatür ile yakın düzeydeydi. Gebelik açısından değerlendirildiğinde Sapp ve ark.'nın yaptığı çalışmada 28 olgunun 2'sinde (% 7,1), Ballı'nın çalışmasında ise 484 olgunun 27'sinde (% 5,6) gebelik bulgusu raporlanmıştır.^(167,168) Çalışmamızda literatürden daha yüksek oranda gebelik gözlemlenmiştir. Çalışmamızdaki yüksek gebelik oranının; kliniğimize gebelik sonlandırılması amacıyla gönderilen olguların başvurduğu, hakem hastane konumunda olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların değerlendirme sürecinin tamamlanmasından sonra takip bilgisine ulaşılan 1714 olgudan % 29,1'inin (n=498) takip edilirken; % 70,9'u (n=1216) takip dışı kalmıştır. Olguların takibi ile ihmal ilişkisi incelendiğinde ihmal olan olgularda takibe devam etmeme oranı istatistiksel anlamlı derecede yüksektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda olguların büyük çoğunluğunda annelerde eğitim seviyesi düşüktür. Annenin düşük eğitim seviyesi istismarın tekrarlama riskini anlamlı derecede artırmıştır.

2. Annede ruhsal bozukluk öyküsü özellikle kız olgularda istismara uğrama riskini belirgin olarak artırmıştır. Benzer şekilde annede ruhsal bozukluk öyküsü istismarın tekrarlamasını da istatistiksel anlamlı derecede yükseltmiştir.

3. Babanın düzenli işinin olmadığı ve babada alkol kullanımının olduğu olgularda tekrarlayan istismar görülme oranı anlamlı derece de artmıştır.

4. Kız cinsiyette; boşanma öyküsü, kurum bakımı alma ve anne-baba dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme öyküsü erkeklere oranla anlamlı derecede yüksektir.

5. Ailede boşanma öyküsü, kurum bakımı alma ve anne-baba dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme tekrarlayan istismara uğrama riskini belirgin olarak artırmıştır.

6. İhmal, fiziksel istismarın ve aile içi şiddetin gözlendiği olgularda istismarın tekrarlama oranı belirgin olarak yüksektir.

7. İhmal varlığı özellikle kız cinsiyette anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

8. İhmalin gözlendiği olgularda; anne ve babaların eğitim seviyesi düşük, annede ve babada ruhsal bozukluk daha yüksek, babada alkol kullanımı, babada alkol kullanımı ve boşanma öyküsü daha yüksek oranda belirlenmiştir. Kurum bakımı alma ve anne baba dışındaki bireyler tarafından yetiştirilme öyküsü de; gene ihmal öyküsü olan olgularda daha yüksek oranda saptanmıştır.

9. Benzer şekilde fiziksel istismar öyküsü olan olgularda boşanma, düşük anne-baba eğitim seviyesi, anne babada ruhsal hastalık varlığı, babada alkol kullanımı, kurum bakımı alma, aile içi şiddet anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

10. Olgularda ihmal öyküsü, fiziksel istismarın görülme riskini belirgin artırırken; fiziksel istismar öyküsü de tekrarlayan istismara uğrama riskinde belirgin olarak artışla ilgilidir.

11. Babanın istismarcı olduğu kız olguların sayısı anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Babanın istismarcı olduğu olgularda, tekrarlayan cinsel istismar anlamlı derecede daha yüksektir.

12. Olgularımızda istismarcıların büyük çoğunluğunu tanıdık kişiler iken, istismarcının tanıdık olduğu olgularda, fiziksel istismar görülme oranı anlamlı derece daha yüksektir.

13. Benzer şekilde; istismarcının tanıdık olduğu olgularda, ihmal görülme oranı anlamlı derece yüksektir.

14. İstismarcı sayısı kız olgularda erkek olgulara oranla daha yüksek saptanmıştır. İstismarcı sayısının birden fazla olması ise fiziksel istismar öyküsünde anlamlı artışla ilgilidir.

15. İstismarcı sayısının birden fazla olduğu olgularda, istismarın tekrarlama oranı daha yüksek saptanmıştır.

16. Ailenin istismarı gizleme yoluna gittiği olgularda, tekrarlayan istismar, ihmal ve fiziksel istismar öyküsü anlamlı derece yüksek saptanmıştır. Ailede gizleme yaklaşımı özellikle kız cinsiyette daha belirgindir.

17. Ailenin çocuğa suçlayıcı yaklaştığı olgularda istismarın tekrarı, ihmal ve fiziksel istismar daha yüksek oranda saptanmıştır. Benzer şekilde ailenin suçlayıcı yaklaşımının kız cinsiyette daha belirgin olduğu gözlenmiştir.

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili güvenilir, yeterli ve istatistiksel veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle öncelikle ülkemizde çocuk istismarı ve ihmalinin şu andaki durumunun tespit edilmesine ve bu konuda geniş kapsamlı bilimsel çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

İstismar ve ihmalin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım esas olup istismarı önlemek için toplumun, çocukların, öğretmenlerin, sağlık personellerinin bilinç seviyesinin ve duyarlılığının arttırılmasına yönelik eğitim programlarının planlanması ve uygulanması gereklidir.

Ülkemizde son zamanlarda çocuklarda cinsel istismara yönelik farkındalık artmış olsa da, koruma ve önlemeye yönelik hizmetler yetersiz kalmaktadır. İstismarın bildirimi ve yasal düzenlemeler ile sosyal destek programlarının yapılandırılması bu süreçte önemli ve zorunludur.

KAYNAKLAR

1. **Turhan E, Sangün Ö, İnandı T.** Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. **2006**; 15:153-7.
2. **Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F.** Çocuk istismarı ve ihmali. Erişim adresi: www.ttb.org.tr/adli/7.html Erişim tarihi: 10.06.2013
3. **Polat O.** *Çocuk İstismarı*. Adli Tıp Der Yayınevi. Yayın no: 290, İstanbul, **2000**: 207-231..
4. **Avcı A, Tahiroğlu AY.** Cinsel İstismar. In: Aysev A, Taner YI, Eds. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı, İstanbul, Golden Print, **2007**: 721-736.
5. **Jain AM.** Emergency Department Evaluation of Child Abuse. *Emerg Med Clin North Am* **1999**; 17:575-593..
6. **Sicher P, Lewis O, Sargent J.** Developing Child Abuse Prevention, Identification and Treatment Systems in Eastern Europe. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2000**; 39: 660-667.
7. **Işıklı B.** Çocuk istismarının toplumsal boyutu. 6. Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu. İstanbul, Diyarbakır Valiliği, **2008**: 156-163.
8. **Tercier A.** Child Abuse. In: Maer JA, Ed. *Emergency Medicine*, 4th Ed., St. Louis: Mosby, **1998**: 1108-1118.
9. **Bernet W.,** Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997**; 36: 37S-56S.
10. **Nimkin K, Kleinman PK.** Imaging of child abuse. *Radiol Clin North Am* **2001**; 39: 843-864.
11. **Jalongo MR.** The Story of Mary Ellen Wilson: Tracing the Origins of Child Protection in America. *Early Child Educ J* **2006**; 34:1-4.
12. **İzmirli M.** Çocuğa Karşı Dayak Olgusu Ve Çocuk İstismarı. *Çocuk Forum* **2000**; 3-4.
13. **Polat O.** *Çocuk ve Şiddet*. 1. Baskı, İstanbul: Der Yayınları, **2001**.
14. **Cılga İ.** *Türkiye’de Çocuk Hakları, Çalışmaları, Cumhuriyet Ve Çocuk*. In 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Kitabı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, **1999**.

15. **Oktay A**, *Yaşamın Sihirli Yılları*, 2. Baskı. İstanbul, Şahinkaya Matbaası, **2000**.
16. **Kepençi YK**. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. *Katkı Pediatri Dergisi* **2001**; 22:263-275.
17. **Ziyalar N**. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. *Çocuk Forumu* **1999**; 2:31-33.
18. **Feshbach S**. *Child abuse and the dynamics of human aggression and vioience. Child abuse: An agenda for action*. 1st Ed, New York: Oxford University Press, **1980**: 48-60.
19. **Garbarino J, Gilliam G**. *Understanding abusive families*. 1st Ed, Lexington: Lexington Books, **1980**.
20. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl*. 2001; 25:279-90.
21. **Reece RM**. *Background Considerations in Child Maltreatment. Child Maltreatment*. 1st Ed., Newyork: Mosby, **1997**: 666-708,721-725,913-916.
22. **Polat O**. *Cinsel İstismar Rehberi*. İstanbul: Forart Matbaa, **2006**: 10-70.
23. **Kaplan S**. Physical abuse and neglect. In: Lewis M, Ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 2nd Ed., Baltimore: Williams & Wilkins, **1996**: 1033-1041.
24. **Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V**. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1999**; 38:1214-1222.
25. **Bilgin NG, Avcı A, Çekin N, Savran B**. Farik-i Mümeyyizlik Muayenesi İçin Gönderilen Çocukların Biyopsikososyal Özellikleri. *Adli Tıp Bülteni* **2001**; 6: 103-10
26. **Powers JL, Eckenrode J, Jaklitsch B**. Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse Negl* **1990**;14(1):87-98.
27. **Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US, Çetin İ**. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Der* **2001**;22(1):276-85.
28. **Tahiroğlu AY , ,Avcı A, Çekin N**. Yaşadığımız Kültürde Toplumsal Cinsiyet Bakış Açısıyla Çocuk İstismarı ve İhmali. *Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics* **2016**;2(2):36-46
29. **Glaser D**. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* **2002**;26(6-7):697-714.

30. **Runyan D, Corrine W, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L.** Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. Eds. World report on violence and health. Geneva: WHO; **2002**. p.57-86.
31. **Polat O.** Çocuk istismarı. *İstanbul: Adli Tıp Dergisi Yayın Evi*; **2000**. p.207-31.
32. **Polat O.** Duygusal İstismar. Adli Tıp ve Adli Bilimler. (<http://www.adlitip.org/tag/duygusal-istismar/> Erişim tarihi: 08.06.2016)
33. **İşeri E.** *Cinsel istismar*. In: Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S Motavallı N, Eds., *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 1. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, **2008**: 470-477.
34. **Polat O, İnancıcı MA, Aksoy ME.** *Adli Tıp Ders Kitabı*, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Yayınevi, **1997**.
35. **Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM.** *Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook*. 1st Ed. Edinburg: Churchill Livingstone; **1993**. p.119-37.
36. **Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS.** Çocuk istismarı. *Çocuk Sağ Hast Derg* **2004**; 47:140-151
37. **TDK Güncel Türkçe Sözlük** (Türk Dil Kurumu Ana Sayfası)
38. **Şuşoğlu, Ö., İçe Kanayan Yara: Polis Sorgularıyla Ensest İlişkiler ve Çocuk Tecavüzleri**, İstanbul **2005**
39. **Justice B, Justice R.** *The Broken Taboo: Sex in the Family*. New York: Human Sciences Press, **1979**.
40. **Bozbeyoğlu AÇ, Koyuncu E, Sezgin AU, Kardam F, Sungur A.** Türkiye’de Ensest Sorununu Anlamak, Özet Rapor, Ankara **2009**.
41. **Polat O.** *Ensest, Aile İçi Cinsel Tecavüz*. İstanbul: Nokta kitap, **2006**: 27-88.
42. **Özden SY, Çelik O, Erçağ F.** Ensest Olayı. *Düşünen Adam* **1993**; 6:32-35.
43. **Engel, B.** *Partners in Recovery: How Mates, Lovers, and Other Survivors Can Learn to Support and Cope with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse*. Los Angeles: Lowell House. **1991**
44. **Kutchinsky, B.** Çocuğun Cinsel İstismarı: Yaygınlık, Müdahale, ve Önleme: Genel Bakış. Çocuk İstismarı ve İhmali: *Çocukların Kötü Muameleden Korunması. I.Ulusal Kongre*. 12-14 Haziran 1990, **1991**.Ankara.

45. **Sezgin AU.** Ensestin Değerlendirilmesinde Uzman Tanıklık. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul; **1996.**
46. **Emre R, Canturk KM, Komur I, Dogan M, Demirel H et al.** Evaluation of incest cases of Turkey in terms of DNA profiling difficulties. *J Forensic Leg Med* **2015**;36:16-21.
47. **Johnson CF.,** Child sexual abuse. *Lancet*, 364:462–470. **2004**
48. **Lum JA, Powell M, Timms L, Snow P.,** A meta-analysis of cross sectional studies investigating language in maltreated children. *J Speech Lang Hear Res*, **2015**. 58:961–976.
49. **Lanning KV.,** Child Molesters: A Behavioral Analysis for Law Enforcement Officers Investigating Cases of Child Sexual Exploitation. 4th ed. Alexandria, Virginia, National Center for Missing & Exploited Children. **2001**
50. **Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R.,** World Report on Violence and Health. Geneva, *World Health Organisation*. pp: 9-10. **2002**
51. **Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG, Atabek MS, Koparan C, Özdemir E et al.** Türkiye'nin Dört Farklı Bölgesinde Çocuk Ve Ergenlere Cinsel Tacizde Bulunan Kişilerin Karakteristik Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2011; 12:55-61.
52. **Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al.** Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. **2009**; 373:68-81.
53. **Şimşek F, Ulukol B, Bingöler B.** Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış. *Adli Bilimler Dergisi*. **2004**; 3:47-52.
54. US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. Child Maltreatment 2004. Washington, US Government Printing Office, **2006**.
55. **Glaser D, Svevo K.** Violence against children is a global problem. http://ispcan.org/documents/Annual_report/ISPCAN Access date: May **2013**.
56. **Şahin F.** *Fiziksel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri ve ark. (Ed), Ankara, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, s.462-469. **2008**
57. **Briere JN, Elliott DM** Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future Child*, 1994; 4:54-69.
58. **Glaser D.** **Child Sexual Abuse.** In: **Rutter M, Taylor T,** eds. *Child and Adolescent Psychiatry*, 4nd ed., Massachusetts, Blackwell Publishing Company. **2002**; 340-358.

59. **Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA ve ark.** The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence. *J Adolesc Health*, **2014**; 1-5.
60. **Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS.,** Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı Hast Derg*, 2004; 47:140-151.
61. **Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gomez-Benito J.** The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor. *Child Abuse Negl* **2009**; 33: 331-342.
62. **Keskin G, Çam O.** Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. *Yeni Symposium* **2005**; 43:118-125.
63. **Karan A.** *Acil Tıp El Kitabı*. Ankara: Güneş Kitap Evi, **2001**: 477-479.
64. **Finkel MA, De Jong AR.** *Medical Findings in Child Sexual Abuse, in Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*. 1st Ed., USA: Lea & Febinger, **1993**: 185-241.
65. **İnce H, Abalı O, Aliustaoğlu S.** Adli tıp kurumu yaklaşımı. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi. Ankara-Türkiye, 29 eylül **2009**.
66. **Laraque D, Demattia A, Low C.** Forensic Child Abuse: a review. *Mt Sinai J Med* **2006**; 73:1138-1147.
67. **Hu MH, Huang GS, Huang JL, Wu CT, Chao AS, Lo FS, Wu HP.** Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine (Baltimore)*. **2018** Apr;97(14):e0236.
68. **Dusunen Adam** The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences **2017**;30:32-38
69. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV) Washington, DC: American Psychiatric Association **1994**.
70. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington D.C: American Psychiatric Association **2013**.
71. **Horowitz, M.** Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* **1979**; (pp. 237-265). New York: Wiley.
72. **Horowitz, M.** Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of General Psychiatry*, 1975; 32, 1457-1463.
73. **Horowitz, M.** *Stress response syndromes (2nd ed.)*. Northwale, NJ: Jason Aronson. **1986**

74. **Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O.** Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, **1992**; 112, 218-238.
75. **Janoff-Bulman, R.** The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* **1985**; pp. 15-35 New York: Brunner/Mazel.
76. **Peterson, C., & Seligman, M. E. P.** Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, **1983**; 39, 103-116.
77. **Kiser, L. J., Ackerman, B. J., Brown, E., Edwards, N. B., McColgan, E., Pugh, R., & Pruitt, D. B.** Post-traumatic stress disorder in young children: A reaction to purported sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **1988**; 27, 645-649.
78. **Finkelhor, D.** The trauma of sexual abuse: Two models. In G. E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* **1988**; (pp. 61-82). Newbury Park, CA: Sage.
79. **Kolko DJ, Hurlburt MS, Zhang J, et al.** Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation. A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreat* **2010**;15:48–63.
80. **Chaffin M, Wherry JN, Dykman R.** School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse Negl* **1997**;21:227–240.
81. **Goodman GS, Ghatti S, Quas JA, et al.** A prospective study of memory for child sexual abuse: new findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychol Sci* **2003**;14:113–118.
82. **Oksuz E, Mersin S.** Adjustment Disorders And Nursing Approaches. *Journal of Education and Research in Nursing* **2017**;14:292
83. **Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM.** Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry* **1999**; 156:816–28
84. **Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smalles EM.** Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **1999**, 38(12):149&1496.
85. **Fergusson DM, Honwood J, Lynskey M.** Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, 11: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1996**; 35: 1365-1374
86. **Fromuth, M. E.** 1. The relationship of child sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse & Neglect*, **1986**; 10, 5-15.

87. **Russell, D. E. H.** *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women.* New York: Basic Books.. **1986**
88. **Batchelder AW,Safren SA,Coleman JS,Boroughs MS,Thiim A,Ironson GH,Shipherd JC,O’Cleirigh C.** Indirect Effects From Childhood Sexual AbuseSeverity to PTSD:The Role of Avoidance Coping. *Journal of Interpersonal Violence* **2018**; 1-20
89. **Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C,Brugha T,Meltzer H,Mcmanus S,Jenkins R.** Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry* **2011**; 199:29-37
90. **Sheffield, J.M., Williams, L.E., Woodward, N.D., & Heckers, S.** Reduced gray matter volume in psychotic disorder patients with a history of childhood sexual abuse. *Schizophrenia Research*, **2013**; 143, 185–191.
91. **Finkelhor D.** Epidemiological Factors In The Clinical Identification of Child Sexual Abuse. *ChildAbuse & N&w* **1993**;17: 67-70
92. U.S. Department of Health and Human Services, Press Release, April 19, **2002**
93. **Green AH,** Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention.] *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1993**; 32:890-902
94. **Lab D, Feigenbaum J, De Silva P .** Mental health professionals’ attitudes and practices towards male childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2000; 24:391–409
95. **Feiring C, Taska L, Lewis M.** Age and gender differences in children’s and adolescents’ adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl* **1999**;23:115–128.
96. **Celano, M. P.** A developmental model of victims' internal attributions of responsibility for sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*,**1992**; 7, 57-69.
97. **Bukowski, W. M.** Sexual abuse and maladjustment considered from the perspective of normal developmental process. In W. O. Donohue & J. H. Geer (Eds.), *The sexual abuse of children: Theory and Research, 1* **1992**; pp. 261–282). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
98. **Putnam FW.** Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, **2003**, 42(3):269–278.
99. **Fleming J, Mullen P, Bammer G.** A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Negl.* **1997**;21:49–58.
100. **Cole, P. M., & Putnam, F. W.).** Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1992**; 60, 174–184.

101. **Downs, W. R.** Developmental considerations for the effects of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, **1993**; 8, 331–345.
102. **Larson, R., & Asmussen, L.** Anger, worry, and hurt in early adolescence: An enlarging world of negative emotions. In M. E. Colten & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress, social relationships, and mental health* **1991**; pp. 21–41. New York: Aldine de Gruyter. Article 33
103. **Little L.** Victimization of children with disabilities. In K. A. Kendall- Tackett (Ed.), *Health consequences of abuse in the family: A clinical guide for evidence based practice*. Washington DC: American Psychological Association pp. 95-108. **2004**
104. **Wescott, H.L.** The abuse of disabled children: A review of the literature. *Child: Care, Health and Development*, **1991**; 17,243-258.
105. **Wescott, H.L., Jones D.P.H.** Annotation: The abuse of disabled children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **1999**; 40, 497-506.
106. **Kvam, M.** “Sexual abuse of deaf children: a retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway”. In *Child Abuse & Neglect*, **2004**; 28, pp. 241-51
107. **Finkelhor, D., & Baron, L.** Risk factors for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, **1986**; 1, 43–71
108. **Finkelhor, D.** Characteristics of crimes against juveniles. Durham, NH: Crimes against Children Research Center. **2012**
109. **Finkelhor D.** Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion & attitudes" (with Gerald Hotaling, I.A. Lewis & Christine Smith). *Journal of interpersonal violence*, **1989**; 4(4): 379-399.
110. **Herman, J., & Hirschman, L.** Families at risk for father-daughter incest. *American Journal of Psychiatry*, **1981**; 138, 967-970.
111. **Caffaro-Rouget, A., Lang, R. A., & van Santen, V.** The impact of child sexual abuse on victims’ adjustment. *Annals of Sex Research*, **1989**; 2, 29–47
112. **Clemmons, J. C., DiLillo, D., Martinez, I. G., DeGue, S., & Jeffcott, M.** Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child Abuse & Neglect*, **2003**; 27, 751-767.
113. **Hebert, M., Collin-Vezina, D., Daigneault, I., Parent, N., & Tremblay, C.** Factors linked to outcomes in sexually abuse girls: A regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry*, **2006**; 47, 443–455.

114. **Steel, J., Sanna, L., Hammond, J., Whipple, J., & Cross, H.** Psychological sequelae of child sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, **2004**; 28, 785-801
115. **Schenkel, L. S., Spaulding, W. D., DiLillo, D., & Silverstein, S. M.** Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*, **2005**; 76, 273-286.
116. **Kirisci, L., Dunn, M. G., Mezzich, A. C., & Tarter, R. E.** Impact of parental substance use disorder and child neglect severity on substance use involvement in male offspring. *Prevention Science*, **2001**; 2, 241-255
117. **Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K.** Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **2002**; 66, 241-266
118. **Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J.** Victimization prevention programs: A national survey of children's exposure and reactions. *Child Abuse and Neglect*, **1995**; 19, 129-139.
119. **Saslowsky, D., & Wurtele, S.** Educating children about sexual abuse: Implications for pediatric intervention and possible prevention. *Journal of Pediatric Psychology*, **1986**; 11, 235-245.
120. **Tutty, L.** The ability of elementary school children to learn child sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse & Neglect*, **1992**; 16, 369-384.
121. **Davis, M. K., & Gidycz, C. A.** Child sexual abuse prevention programs: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, **2000**; 29, 257-265.
122. **Blumberg, E., Chadwick, M., Fogarty, L., Speth, T., & Chadwick, D.** The touch discrimination component of sexual abuse prevention training. *Journal of Interpersonal Violence*, **1991**; 6, 12-28.
123. **Finkelhor D, Hotelling G, Lewis IA, Smith C.** Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*. **1990**; 14(1):19-28.
124. **Boyle, C., & Lutzker, J.** Teaching young children to discriminate abusive from nonabusive situations using multiple exemplars in a modified discrete trial teaching format. *Journal of Family Violence*, **2005**; 20, 55-69.
125. **Wurtele, S. K.** Preventing sexual abuse of children in the twentyfirst century: Preparing for challenges and opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse*, **2009**; 18, 1-18.
126. **SPSS Inc.** SPSS for Windows. Version 22.0, United States: SPSS Inc. **2013**.

127. **Finkelhor, D.** The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, **1994**; 18(5), 409–417.
128. **Sobsey D, Randall W, Parrila R,** Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse Negl* **1997**; 21:707–720
129. **Saewyc, E. M., Pettingell, S., & Magee, L. L.** The prevalence of sexual abuse among adolescents in school. *Journal of School Nursing*, **2003**; 19(5), 266–272.
130. **Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L.** The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, **2005**; 10, 5–25.
131. **Beyazıt U, Ayhan AB.,** .An overview of the scientific studies conducted in turkey which examines the sexual abuse cases covering children as the victims. *The Journal of Academic Social Science Studies* **2015** . 31 , p. 443-453,
132. **Helweg-Karsen, K., Larsen, H. B.** A critical review of available data on sexual abuse of children in Denmark. *Child Abuse & Neglect*, **2005**; 29: 715–724.
133. **Pineda-Lucatero, A.G., Trujillo-Hernandez, B., Millan-Guerrero, R.O., Vasquez, C.** Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child: Care, Health and Development*, **2008**; 35(2):184–189.
134. **Finkelhor, D.** The prevention of childhood sexual abuse. *Future of Children*, **2009**;19(2): 169-194.
135. **Olafson, E.** Child sexual abuse: Demography, impact and interventions. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, **2011**; 4: 8–21.
136. **Ajdukovic, M., Susac, N., Rajter, M.** Gender and age differences in prevalence and incidence of child sexual abuse in Croatia. *Brain and Mental Health*, **2013**; 54: 469-479.
137. **Dönmez YE, Soylu N, Özcan ÖÖ, Yüksel T, Demir AÇ, Bayhan PC, Miniksar DY.** Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *J Turgut Ozal Med Cent* **2014**;21(1):44-8
138. **Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, Halıcıoğlu O, Akşit S.** Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi*. **2014**;49:47-56
139. **Edgardh K, Ormstad K** Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish 17-year-old girls. *Acta Paediatrica* **2000**; 89: 310-9.

140. **Vural P, Uçar HN, Eray S, Çolpan M, Kocael Ö.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Yönlendirilen Adli Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2013** , 39 (1) 49-53,
141. **Paolucci EO, Genuis ML, Violato C.** A meta-analysis of the published research of the effects of child sexual abuse. *J Psychol* **2001**; 135:17-36.
142. **Sanderud K, Murphy S, Elklit A.** Child maltreatment and ADHD symptoms in a sample of young adults. *European Journal of Psychotraumatology* **2016**, 7: 32061
143. **Higgins, D. J., & McCabe, M. P.** The relationship of child sexual abuse and family violence to adult adjustment: Toward an integrated risk-sequelae model. *Journal of Sex Research*, **1994**; 31(4), 255-266.
144. **Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P.** The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, **1994**; 165, 35-47.
145. **Tong, L., Oates, K., & McDowell, M.** Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, **1987**; 11, 371-383.
146. **Conte, J., & Schuerman, J. R.** Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, **1987**; 11, 201-211.
147. **Glaser D, Rutter M, Taylor E.** Child Sexual Abuse. Child and Adolescent Psychiatry. *Blackwell Science*, **2002**; 340-358.
148. **Bifulco A, Brown GW, Adler Z:** Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry* **1991**; 159:115–122
149. **Allagia R.** *Contextualizing Maternal Response to Intrafamilial Child Sexual Abuse: An Exploratory Study.* Faculty of Social Work University of Toronto. Degree of doctor theses. **1999**.
150. **Watson B.** Sexual Abuse of Girls and Adult couple relationships: Risk and protective Factors. Griffit University, *School of Psychology*, degree of doctor theses. **2007**.
151. **Ünal S, Kaya B, Çekem B ve ark.** Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 15(4):291- 299.
152. **Svedin CG, Back C, Soëderback S.** Family Relations, Family Climate and Sexual Abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, **2002**; 56: 355– 362.
153. **Saunders BE, Berliner L, Hanson RF.** Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Final Report: January 15, 2003). Charleston, SC:National Crime Victims Research and Treatment Center.

154. **Ruggiero KJ, Mcleer SV, Dixon JF.** Sexual Abuse Characteristics Associated with Survivor Psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, **2000**; 24(7):951–964.
155. **Gencer O, Ozbek A, Bozabali R ve ark.** Suspected Child Abuse Among Victims of Home Accidents Being Admitted to the Emergency Department. *A Prospective Survey From Turkey. Pediatric Emergency Care*, **2006**; 22(12).
156. **Magalhaes T, Taveira F, Jardim P, Santos L.** Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine* **2009**; 16:455-459.
157. **Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Ster RR.** Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2004**; 43: 393-402.
158. **.Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C.** Gender differences in extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *J Sch Nurs* **2006**; 22:278-284.
159. **Feiring C, Taska L, Lewis M.** Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse Negl* **1999**;23:115–128.
160. **Priebe G, Svedin GC.** Prevalence, Characteristics and Associations of Sexual Abuse with Sociodemographics and Consensual Sex in a Population Based Sample of Swedish Adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse* **2009**; 18:19-39.
161. **Shaw JA, Lewis JE.** Child on child sexual abuse: Psychological perspectives. *Child Abuse & Neglect* **2000**; 24:1591-1600.
162. **Edgardh K, Krogh GV, Ormstad K.** Adolescent girls investigated for sexual abuse history, physical findings and legal outcome. *Forensic Science International* **1999**; 104:1-15.
163. **Al Madani, O., Bamousa, M., Alsaif, D., Kharoshah, M. A. A., & Alsowayigh,K.** Child physical and sexual abuse in Dammam, Saudi Arabia: Adescriptive case series analysis study. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, **2012**; 2(1), 33–37.
164. **Finkelhor D.** *New Ideas for Child Sexual Abuse Prevention.* In K.R. Oates (Ed.), *Understanding And Managing Child Sexual Abuse*: 385- 396. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich. **1990**
165. **Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Maier, T., Meidert, U., Schönbucher, V.,& Schnyder, U.** Child sexual abuse revisited: A populationbased cross-sectional study among Swiss adolescents. *Journal of Adolescent Health*, **2014**; 54(3), 304–311.
166. **Fontes, L. A., & Plummer, C..** Cultural issues in disclosures of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, **2010**; 19(5), 491–518.

167. **Ballı Ö.** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi.Uzmanlık Tezi.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Adana, **2010**.
168. **Sapp M, Vandeven AM.** Update on childhood sexual abuse. *Curr Opin Pediatr* **2005**; 17:258-264.



EKLER

Ek-1: Demografik Bilgi Formu

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI HASTA DEĞERLENDİRME FORMU		
Tarih:	2. Yok	
Kiminle geldi:	Anne-baba arasında akrabalık	Anneden ayrılık (6 hafta)
Görüşmeyi yapan :	1. Var 2. Yok	Geçirdiği önemli hastalık
Hastanın adı-soyadı :		Organik Hastalık Tanısı:
Gönderen	Aile yapısı	Konvülsiyon :
1. Kendileri	1. Çekirdek aile	1. Ateşli
2. Eğitim kuruluğu	2. Geniş aile	2. Ateşsiz
3. Psikiyatrist	3. Anne ile	3. Yok
4. Özel doktor	4. Baba ile	
5. Adli makam	5. Akraba ile	Menarş yaşı :
6. Konsültasyon	6. Koruyucu aile	Sünnet yaşı :
Yaş :	7. Evlat edinilmiş	
	8. Kurumda	
Kardeş sayısı :	Konut standardı	Çocuğunuzu Döver misiniz?
Kaçıncı çocuk:	Ayrı Odası	1. Evet
	1. Var	2. Hayır
Kendi cinsinden kardeş :	2. Yok	Ne sıklıkla
Eğitimi	Ayrı yatağı	Kim tarafından
	1. Var	
Annenin eğitimi :	2. Yok	Ebeveyn dayak yer mi?
Annenin İşi :	Annenin çocuğu doğurduğu yaşı :	1. Evet
Annenin Yaşı :	Gebeliğin seyri	2. Hayır
Annede bedensel hastalık	Doğum komplikasyonları:	Ne sıklıkta :
Annede ruhsal hastalık	Doğumdan sonra ilk durum :	Kim tarafından :
	1. Normal	Uyku sorunu :
Babanın eğitimi:	2. Morarma	İştah sorunu :
Babanın işi:	3. Ağlama	Katkılı Gıda Tüketimi
	4. Küvezde bakım	Bir yılda geçirdiği ÜSYE Sayısı :
Babanın Yaşı :	Beslenme (ilk 6 ay)	Not Ortalaması :
	1. Anne sütü	
Babada bedensel hastalık	2. Mama	Ders Başarısı:
Babada ruhsal hastalık	3. Birlikte	Bu yıl:
	Yürüme ayı (desteksiz)	Geçen Yıl:
Alkol Kullanımı	Konuşma ayı (Cümle ile)	Okumayı Ne Zaman Söktüğü:
Sıklığı:	Tuvalet eğitimi (gece-gündüz)	Akran ilişkileri
Aile durumu	Bakan kişi:	Günlük TV Kullanım saati
1. Anne-baba birlikte	1. Anne	
2. Boşanmış	2. Baba	Günlük İnternet/Atari Kullanım Saati
3. Parçalanma	3. Anneanne-babaanne	
Ailede Ruhsal Hastalık	4. Bakıcı	

Ek-2: İstismar Bilgi Formu

Ç.Ü.T.F. ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD İSTİSMAR OLGULARI İÇİN BİLGİ FORMU

1. Adı Soyadı:
2. Tarih:
3. Görüşmeyi yapan
4. Yaş:
5. Cins:
6. Kiminle geldi
7. Başvuru şekli
 - a. Emniyet birimleri aracılığıyla
 - b. Adli birim aracılığıyla
 - c. Kişisel başvuru (aile ile)
 - d. Kişisel başvuru (tek)
 - e. Sosyal hizmet kurumu aracılığıyla
8. Sorulan soru
 - a. Beden ruh sağlığı
 - b. Kendini koruyup-koruyamayacağı
 - c. Farik-mümeyyizlik
 - d. Diğer (.....)
9. Fiziksel istismar
 - a. Var
 - b. Yok
10. Fiziksel istismar uygulayan
 - a. Anne
 - b. Baba
 - c. Diğer aile bireyleri
 - d. Diğer
10. Fiziksel istismar şekli
 - a. Elle
 - b. Alet kullanarak
 - c. Sarsarak
 - d. Bağlama, hareketini kısıtlama
11. İhmal
 - a. Var
 - b. Yok
12. İhmal Şekli
 - a. Sağlık ihtiyaçları
 - b. Temizlik-bakım
 - c. Beslenme
 - d. Eğitim
 - e. Disiplin ve sosyal gelişim
 - f. Diğer (.....)
13. Duygusal İstismar
 - a. Var
 - b. Yok
14. Duygusal istismar şekli
 - a. Utandırma
 - b. Korkutma
 - c. Aşırı eleştiri, küçük düşürme
 - f. Diğer (.....)
- d. Terk etmek ile tehdit etme
- e. Aşırı sorumluluk yükleme
15. Cinsel istismar
 - a. Var
 - b. Yok
16. Cinsel istismar şekli
 - a. Sürtünme
 - b. Genital penetrasyon
 - c. Anal penetrasyon
 - d. Oral penetrasyon
 - e. Sözlü istismar
 - f. Gösterimcilik
 - g. Çocuk pornosu
 - h. Cinsel amaçlı satma
17. İlk cinsel istismar yaşı
18. Cinsel istismarın tekrarlaması
 - a. Var
 - b. Yok
19. İstismarcı
 - a. Baba
 - b. Abi
 - c. Bunun dışında akraba
 - d. Akraba dışında tanıdık
 - e. Yabancı kimse
20. İstismar eşlik eden durumlar
 - a. Alıkoyma
 - b. Zor kullanma
 - c. Tehdit
21. Mağdurun davranış şekli
 - a. Gizleme
 - b. Aileden yardım isteme
 - c. Eğitim kuruluşundan yardım isteme
 - d. Arkadaşlarından yardım isteme
 - e. Emniyet birimlerinden yardım isteme
22. İstismarın sosyal sonucu
 - a. Eğitimin aksaması
 - b. Aileden ayrılma
 - c. Çevre baskısı
23. Ailenin istismar yaklaşımı
 - a. Gizleme
 - b. Adli yardım arama
 - c. Tıbbi yardım arama
 - d. Hukuk dışı uygulamalar
24. Ailenin çocuğa yaklaşımı
 - a. Suçlayıcı
 - b. Baskılayıcı-sınırlayıcı
 - c. Destekleyici-koruyucu

Heyet tarihi:

Heyette aldığı tanı:

- a. PTSS
- b. ASB
- c. Depresyon
- d. Uyum bozukluğu (depresif, anksiyöz, davranım bozukluğu)
- e. Anksiyete bozukluğu (.....)
- f. Davranım bozukluğu
- g. Dürtü denetim bozukluğu
- h. Zeka geriliği
- i. Zedelenmiş cinsellik
- j. Diğer
(.....)

Mağdur ise

- a. Kendini koruyabilir
- b. Kendini koruyamaz

Heyet ile ilgili notlar

Fail ise

- a. Farik-mümeyyiz
- b. Farik-mümeyyiz değil

Beden ruh sağlığı:

- a. Bozulmuş
- b. Bozulmamış
- c. Altı aylık takip sonucunda karar

İlaç tedavisi

- a. Önerildi
- b. Önerilmedi

Adli birime öneriler

- a. Koruma altına alınması
- b. OKK'ya alınması
- c. Sağlık tedbiri
- d. Sosyal inceleme
- e. Diğer
(.....)

Adli Tıp Değerlendirme Sonucu:

Heyet Notları:

Kararlar:

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

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı : Ayşegül KIZILTOPRAK
Doğum Tarih ve Yeri: : 30.12.1988- Tarsus
Medeni Durumu: : Bekar
Adres: : Bağlar Mah. 0417 Sok. No:24 Tarsus/MERSİN
Telefon: : 05311036646
Eposta: : draysegulkiziltoprak@gmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : İstanbul Tıp Fakültesi
Varsa Mezuniyet Derecesi :--
Görev Yerleri: : 1. Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pratisyen Dr., (2012 Eylül-2013 Mayıs)
2. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D Araştırma Görevlisi(2013 Aralık-2014 Şubat)
3. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.D Araştırma Görevlisi (2014 agustos-2015 Ocak)
4. Dicle Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD Araştırma Görevlisi (2015 Ocak- 2016 Şubat)
5. Çukurova Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD Araştırma Görevlisi (2016 Şubat - halen)
Dernek Üyelikleri: : Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Alınan Burslar :-
Yabancı Dil: : İngilizce