

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

**CİNSEL İSTİSMARA UĞRAYAN ERGENLERDE  
BİREYSEL, AİLESEL VE İSTİSMARA AİT  
ÖZELLİKLERİN TANIMLANARAK, İSTİSMARA  
UĞRAMA ve PSİKIYATRİK BOZUKLUK OLUŞUMU  
ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI:  
KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

UZMANLIK TEZİ  
**DR. ÖZLEM ÖNEN DOĞAN**

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: **DOÇ. DR. ÖZLEM GENCER**

**İZMİR - 2009**

## ÖNSÖZ

*Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları eğitimim süresince hekim olmaya ilişkin görüşlerimi şekillendiren, bilgi, beceri ve deneyimlerini istekle aktaran ve bana örnek olan değerli hocam Prof. Dr. Süha Miral'e çok teşekkür ederim.*

*İnternlük sürecimde çocuk ruh sağlığını meslek olarak edinmeye karar vermemde önemli bir yeri olan, asistanlık sürecim boyunca ise kısa bir süre de olsa birlikte çalışmış olmaktan çok mutlu olduğum, değerli hocam Prof. Dr. Ayşen Baykara'ya çok teşekkür ederim.*

*Tez çalışmam sırasında gösterdiği destek ve yardımları için tez danışmanım Doç. Dr. Özlem Gencer'e çok teşekkür ederim.*

*Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Doç. Dr. Aynur Akay, Doç. Dr. Şahbal Aras, Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir, Yard. Doç. Dr. Aylin Özbek, Yard. Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Yard. Doç. Dr. Burak Baykara ve Uzm. Dr. Fatma Varol Taş'a teşekkür ederim.*

*Asistanlığım boyunca birlikte çalışıp her zaman desteklerini gördüğüm arkadaşlarım Dr. Şermin Yalın, Dr. Birsen Şentürk, Dr. Seçil İncekaş, Dr. Enis Sargın, Dr. Nagihan Cevher, Dr. Onur Burak Dursun, Dr. Caner Mutlu, Dr. Burcu Serim, Dr. Sibel Nur Avcil, Dr. Handan Özek ve Dr. Sevay Alşen'e teşekkür ederim.*

*Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Prof. Dr. Gül Ergör'e ve sevgili arkadaşım Yard. Doç. Dr. Filiz Abacıgil Ergin'e teşekkür ederim.*

*Psikiyatri rotasyonum sırasında destekleri ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Doç. Dr. Beyazıt Yemez, Doç. Dr. Yıldız Akvardar, Doç. Dr. Ayşegül Yıldız, Doç. Dr. Berna Binnur Akdede, Yard. Doç. Dr. Elif Onur, Uzm. Dr. Halis Ulaş ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.*

*Çocuk Nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yaralandığım Prof Dr. Eray Dirik, Doç. Dr. Semra Kurul ve Uzm. Dr. Uluç Yiş'e, ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.*

*Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Uzm. Psikolog Esmahan Orçın, Psikolog Ümit Şahin, Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, anabilim dalı sekreterimiz Naciye Özegemen ve diğer sekreter arkadaşlarıma ve ayrıca tüm personele teşekkür ederim.*

*Her zaman sevgiyle yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen anneme teşekkür ederim.*

*Eşim Özgür'e ve son ana kadar sabırla bekleyen ve bana yaşama sevinci veren biricik oğlum Yiğit'e çok teşekkür ederim.*

*Dr. Özlem Önen Doğan*

*2009, İzmir...*

## ÖZET

### **Cinsel İstismara Uğrayan Ergenlerde Bireysel, Ailesel ve İstismara Ait Özelliklerin Tanımlanarak, İstismara Uğrama ve Psikiyatrik Bozukluk Oluşumu Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma**

**Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, İzmir, 2009.**

Bu araştırmada bir yıl içinde çocuğun cinsel kötüye kullanımı yakınması ile başvuran 11 - 18 yaş arası çocuk ve ergenler, cinsel istismara uğrama açısından bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanması ve bu özelliklerin psikiyatrik bozukluk oluşum üzerine etkisi olup olmadığının karşılaştırılması amacıyla değerlendirilmiştir. Ayrıca başa çıkma mekanizmaları ile aile işlevlerinin ve anne ve babaların tutum farklılıklarının olgu olmaya etkisi de incelenmiştir. Çalışma 24'ü kız, 7'si erkek toplam 31 olgu ve 47'si kız, 14'ü erkek 61 sağlıklı ergenden oluşmaktadır. Her iki grup da Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu ile tanı açısından taranmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenler ile anneleri tarafından Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği - Ergen Formu, Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği - Erişkin Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği doldurulmuştur. Değerlendirmeler sonunda, bireylerin cinsel istismara uğramasında etkili olan değişkenler (olgu olmayı belirleyen faktörler) arasında okula gitmeme, kardeş sayısının çok olması, kaçıncı çocuk olduğu, fiziksel hastalık varlığı, zeka düzeyinin düşüklüğü, anne eğitiminin düşük olması, baba alkol kullanımı, marital sorun, aile içi şiddet ve ailede cinsel örülenme öyküsünün olduğu, olgu grubunda daha yüksek oranda psikopatoloji ve belirti olduğu saptanmıştır. Cİ' ye uğrayan grupta anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluklar en sık görülen tanılar olmuştur. Olgu grubundaki ergenlerde tanıya etki olduğu saptanan tek sosyo-demografik değişkenin, sosyo-ekonomik düzey olduğu belirlenmiştir. Ana baba tutumlarının psikopatoloji gelişimi üzerine etkisi saptanamamış; aile işlevleriyle ilgili olarak ise olgu grubunda iletişim ve gerek ilgiyi gösterme alt test ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Başa çıkma biçimleriyle ilgili olarak ise olgu grubunun problem odaklı başa çıkmaları daha az kullandığı ve bu başa çıkma biçimini daha az kullanmanın olgu olma riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Tanı almayı etkileyebilecek yordayıcıları saptamaya yönelik çalışmalardan da ruh sağlığına yönelik yordayıcı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Cinsel istismar, risk faktörleri, başa çıkma, psikopatoloji, yordayıcı

## **ABSTRACT**

### **The Description Of The Characteristics Of The Individual, Family, Abuse And Assessment Of The Effects Of These Characteristics Both On The Possibility Of Being Abused And On The Occurrence Of A Psychiatric Disorder Among Adolescent Cases That Were Sexually Abused: A Controlled Study**

**Dokuz Eylul University, Child Mental Health and Disorders Thesis, Izmir, 2009.**

In this study, children and adolescents of ages 11- 18 that were sexually abused and were admitted to the clinic within a year, with the complaint of sexual misuse, were assessed to determine the description of the characteristics of individual, family and abuse; to compare whether the features of the individual, family and abuse have an effect on the formation of a psychiatric disorder or not. In conjunction with this, another objective of this study was to establish whether the coping mechanisms and the family functioning as well as the difference in parental attitudes have an effect on being a case or not. The study sample contains 31 cases; 24 girls and 7 boys, and a control group that contains 61 healthy adolescents of which 47 are girls and 14 are boys. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia For School Aged Children were applied to both groups to undergo a diagnostic screening. Ways of Coping Checklist (SBYO)- Adolescent Form, Ways of Coping Inventory (SBO), Family Functioning Inventory (ADO) and Parent Attitude Research Instrument (PARI) were applied to all of the children, adolescents and their mothers in the study. As a result of the assessments, the factors that determined being sexually abused (to represent a case) were found to be not attending school, having multiple siblings, which child the case was within the family, the occurrence of a physical illness, low IQ, low education levels of the mother, paternal alcohol use, marital disturbances, the positive story for familial physical and sexual abuse, more positive symptoms and psychopathology in the group who were subject to sexual abuse. The most frequently encountered diagnoses were anxiety disorders and depressive disorders in the study sample. The only sociodemographic variable that was determined to have an effect on the diagnosis within the children case group was socioeconomic status. No effect of parental attitudes was detected on the development of psychopathology and as for family functioning, considering the interaction and attentive caring subscales in the case group, the mean of subtest scores were significantly low statistically. As for the coping strategies, the case group was found to be using the coping mechanisms focused on problem solving less and that this type of a coping strategy may indeed increase the risk of being a

case itself. It is also suggested that, through the studies assigning the predictors affecting the diagnosis, one may reach results that may predict mental health.

**Key words:** Sexual abuse, risk factors, coping, psychopathology, predictor

# İÇİNDEKİLER

Sayfa no:

ÖNSÖZ	ii- iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii- x
SİMGELER VE KISALTMALAR	x- xi

## BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. GİRİŞ	1
1.2. AMAÇ	3

## İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tanım	4
2.2. Tarihçe	5
2.3. Epidemiyoloji	6
2.4. Cİ için risk etkenleri	9
2.4.1. Cİ’de bireye ait özellikler	9
2.4.2. Cİ’de aileye ait özellikler	10
2.4.3. Cİ’ye ait özellikler	12
2.5. Değerlendirme ve tanı	14
2.5.1. Çocukla görüşme	14
2.5.2. Fizik inceleme bulguları	15
2.6. Klinik görünüm	16
2.6. 1. Klinik görünümüne etki eden faktörler	16
2.6.2. Ruhsal muayene bulguları ve klinik görünüm	17
2.7. Başa çıkma yolları	20

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.Örnekleme	24
3.2.Çalışmaya dahil edilme ölçütleri	24
3.3. Çalışmadan dışlanma ölçütleri	24
3.4. Kontrol Grubu	24
3.5. Gereçler	25
3.5.1. Sosyo-demografik veri formu	25
3.5.2. WISC-R ya da WAIS	25
3.5.3. K-SADS P-L	26
3.5.4. SBÖ	26
3.5.5. SBYÖ	27
3.5.6. ADÖ	28
3.5.7. PARI	29
3.6. Gereçlerin uygulanışı	30
3.7. Verilerin değerlendirilmesi	31

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

4. BULGULAR	32
4.1. Sosyo-demografik bulgular	32
4.1.1. Olgu ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik bulgular	32
4.1.2. Aile özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular	33
4.1.2.1. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin özelliklerine ait bulgular	33
4.1.2.2. Olgu ve kontrol grubundaki babaların özelliklerine ait bulgular	35
4.1.2.3. Olgu ve kontrol grubu ailelerinin özelliklerine ait bulgular	36
4.2. Cinsel istismara ait veriler	37
4.2.1. Cİ' nin ilk kez kim tarafından bildirildiği ve polikliniğe ilk olarak yönlendiren kişi ya da kurumlara ait veriler	37
4.2.2. Cİ' nin ilk olarak açıklandığı kurumlara ait veriler	38
4.2.3. İstismarın özelliklerine ait bulgular	38



4.3. Olgu ve kontrol grubunda psikiyatrik tanı ve belirtilerin dağılımı	42
4.4. Olgu grubu içinde tanıya etkili olan sosyo-demografik veriler	44
4.5. Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Risk Faktörleri	45
4.6. Ölçeklere ait istatistiksel bulgular	46
4.6.1. ADÖ ve PARI alt ölçek ortalamaları	47
4.6.2. SBYÖ ve SBÖ alt ölçek ortalamaları	48
4.6.3. Lojistik Regresyon Analizi Modeline Göre Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Faktörler	49
4.6.4. Lojistik Regresyon Modelinde Tüm Alt Ölçeklerin İstatistiksel Olarak Anlamlılık Düzeylerine Göre Dağılımı	50

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

5. TARTIŞMA	51
-------------	----

## **ALTINCI BÖLÜM**

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	69
6.1. Olgu ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik bulguların sonuçları	69
6.2. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin özelliklerine ait bulguların sonuçları	69
6.3. Olgu ve kontrol grubundaki babaların özelliklerine ait bulguların sonuçları	69
6.4. Olgu ve kontrol grubu ailelerinin özelliklerine ait bulguların sonuçları	70
6.5. Cinsel istismara ait demografik verilerin sonuçları	70
6.6. Olgu ve kontrol grubunda tanılar ve belirtilerin dağılımına ait sonuçlar	71
6.7. Belirtilerin olgu ve kontrol grupları içerisinde dağılımına ait sonuçlar	71
6.8. Olgu grubu içinde tanıya etkili olan sosyo-demografik verilerin sonuçları	72
6.9. Olgu Olmayı Belirleyen Risk Faktörlerine ait sonuçlar	72
6.10. Olgu ve kontrol gruplarının ADÖ ve PARI alt ölçeklerinin ortalamalarına göre dağılımının sonuçları	72
6.11. Olgu ve kontrol gruplarının SBYÖ ve SBÖ alt ölçeklerinin ortalamalarına göre dağılımının sonuçları	73
6.12. Lojistik Regresyon Analizi Modeline Göre Olgu Olmayı Belirleyen Faktörleri	73

## **YEDİNCİ BÖLÜM**

7. KAYNAKLAR	75
--------------	----

## **SEKİZİNCİ BÖLÜM**

8. EKLER	85
----------	----

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>DSM-4</b>	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı
<b>Cİ</b>	: Cinsel İstismar
<b>SBÖ</b>	: Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği - Erişkin Formu; Ways of Coping Inventory
<b>SBYÖ</b>	: Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği - Ergen Formu; Ways of Coping Checklist
<b>ADÖ</b>	: Aile Değerlendirme Ölçeği
<b>PARİ</b>	: Parental Attitude Research Instrument; Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>NIS</b>	: National Incidence Study
<b>SED</b>	: Sosyo- Ekonomik Düzey
<b>SHÇEK</b>	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>PTSB</b>	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
<b>DEÜTF ÇERSH</b>	: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
<b>WISC-R</b>	: Weschler Intelligence Scale for Children – Revised; Weschler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği
<b>WAIS</b>	: Weschler Adult Intelligence Scale; Weschler Yetişkinler için Zeka Ölçeği
<b>KSADS</b>	: Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And Lifetime Version; Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>KOKGB</b>	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
<b>KGY</b>	: Kendine Güvenli Yaklaşım
<b>ÇKSY</b>	: Çaresiz/ Kendini Suçlayıcı Yaklaşım
<b>BEY</b>	: Boyun Eğici Yaklaşım
<b>ABC</b>	: Aktif Başa Çıkma

<b>AYS</b>	: Alın Yazısına Sığınma
<b>SDA</b>	: Sosyal Destek Arama
<b>ÇY</b>	: Çaresiz Yaklaşım
<b>İY</b>	: İyimser Yaklaşım
<b>GÇ</b>	: Geri Çekilme
<b>KS</b>	: Kendini Suçlama
<b>DGS</b>	: Doğüstü Güçlere Sığınma
<b>ADÖ 1</b>	: Problem Çözme
<b>ADÖ 2</b>	: İletişim
<b>ADÖ 3</b>	: Roller
<b>ADÖ 4</b>	: Duygusal Tepki Verebilme
<b>ADÖ 5</b>	: Gereken İlgii Gösterme
<b>ADÖ 6</b>	: Davranış Kontrolü
<b>ADÖ 7</b>	: Genel İşlevler
<b>PARI 1</b>	: Aşırı Koruyucu Annelik
<b>PARI 2</b>	: Demokratik Ana Baba Tutumu
<b>PARI 3</b>	: Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme
<b>PARI 4</b>	: Aile İçi Geçimsizlik
<b>PARI 5</b>	: Baskı-Disiplin
<b>SPSS</b>	: Statistical Program for Social Sciences; Sosyal Bilimler için İstatistik
Paket Programı	
<b>CI</b>	: Confidence Interval; Güven Aralığı

## **ABSTRACT**

### **The Description Of The Characteristics Of The Individual, Family, Abuse And Assessment Of The Effects Of These Characteristics Both On The Possibility Of Being Abused And On The Occurrence Of A Psychiatric Disorder Among Adolescent Cases That Were Sexually Abused: A Controlled Study**

**Dokuz Eylul University, Child Mental Health and Disorders Thesis, Izmir, 2009.**

In this study, children and adolescents of ages 11-18 that were sexually abused and were admitted to the clinic within a year, with the complaint of sexual misuse, were assessed to determine the description of the characteristics of individual, family and abuse; to compare whether the features of the individual, family and abuse have an effect on the formation of a psychiatric disorder or not. In conjunction with this, another objective of this study was to establish whether the coping mechanisms and the family functioning as well as the difference in parental attitudes have an effect on being a case or not. The study sample contains 31 cases; 24 girls and 7 boys, and a control group that contains 61 healthy adolescents of which 47 are girls and 14 are boys. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia For School Aged Children were applied to both groups to undergo a diagnostic screening. Ways of Coping Checklist (SBYO)- Adolescent Form, Ways of Coping Inventory (SBO), Family Functioning Inventory (ADO) and Parent Attitude Research Instrument (PARI) were applied to all of the children, adolescents and their mothers in the study. As a result of the assessments, the factors that determined being sexually abused (to represent a case) were found to be not attending school, having multiple siblings, which child the case was within the family, the occurrence of a physical illness, low IQ, low education levels of the mother, paternal alcohol use, marital disturbances, the positive story for familial physical and sexual abuse, more positive symptoms and psychopathology in the group who were subject to sexual abuse. The most frequently encountered diagnoses were anxiety disorders and depressive disorders in the study sample. The only sociodemographic variable that was determined to have an effect on the diagnosis within the children case group was socioeconomic status. No effect of parental attitudes was detected on the development of psychopathology and as for family functioning, considering the interaction and attentive caring subscales in the case group, the mean of subtest scores were significantly low statistically. As for the coping strategies, the case group was found to be using the coping mechanisms focused on problem solving less and that this type of a coping strategy may indeed increase the risk of being a

case itself. It is also suggested that, through the studies assigning the predictors affecting the diagnosis, one may reach results that may predict mental health.

**Key words:** Sexual abuse, risk factors, coping, psychopathology, predictor

# **BİRİNCİ BÖLÜM**

## **1.1. GİRİŞ**

İnsana kötü muamele, ihmalden, aktif olarak kötüye kullanmaya dek uzanan bir yelpaze oluşturur. Aktif olarak istismar fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan olabilir. İstismar ve ihmale bağlı sorunlar DSM-IV’ de klinik ilgi odağı olabilecek durumlar kategorisinde “Kötüye kullanma ya da ihmal etme ile ilişkili sorunlar” başlığı altında sınıflandırılmıştır; çocuğun cinsel istismarı (Cİ) da aynı kategoride “Çocuğun cinsel kötüye kullanımı” olarak ele alınmıştır (1). Ancak çocukluk çağı kötüye kullanımı, yol açtığı ve erişkinliğe dek uzanabilecek karmaşık belirtili bozukluklar nedeni ile günümüz psikiyatrisinde bu kategoriyi aşan bir anlam ve öneme sahiptir. Bu sorunlar her zaman bir psikiyatrik bozukluk oluşturmayabileceği gibi, kısa ve uzun dönemde oluşabilecek psikiyatrik bozukluklar tek bir tanı kategorisi ile sınırlı kalmaz (2).

Cİ yi takiben çocuk ve ergenlerde çok çeşitli psikiyatrik belirtiler ve davranışsal sorunlar görülebileceği araştırmalarla ortaya koyulmuştur. Cİ ile ilişkili bozukluk ya da disfonksiyonel davranışları basit bir etki tepki modeli ile açıklamak zordur. Cİ deneyimlerinin heterojenitesi, istismarın şiddeti, hafifleten yapısal ve çevresel koşullar ve başa çıkma becerileriyle ilgili kişisel özellikler bu sonuç farklılıklarını açıklayabilir (3). Pek çok çalışmada istismarın etkileri hakkında çeşitlilikler vardır. Bazı çalışmalarda çocuklukta istismara uğrayan erişkinler arasında depresyon, madde kullanımı, agresyon, suç davranışı ve cinsel sorunların sık görüldüğü saptanmakla birlikte; istismara uğrayan çocukların dörtte birinin uzun dönemde belirtisiz olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (4).

Olağan savunma düzenekleri ve başa çıkma yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve stres boyutlarını aşan yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerinde özgül etkiler bırakır. Bu tür yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır (2). Araştırmacılara göre başa çıkmanın işlevi genel olarak bireyi ya da ailesini travmatik yaşantıların olumsuz fiziksel ya da psikolojik sonuçlarından korumaktır (5). İnsanlar yaşamlarının her anında bedensel, zihinsel ve ruhsal pek çok uyarana karşı karşıya kalmaktadır. Söz konusu uyarılar, bireyin içinde bulunduğu denge, düzen ve uyum durumunu etkileyebilir. Yaşanan olay, kişiye sıkıntı verecek, yeniden uyum sağlamasını gerektirecek, alıştığı yaşam ve çözüm biçimlerini sorgulatacak ve/veya değiştirecek nitelikteyse birey, bu zorlu olayın üstesinden gelmek ve yeniden rahatlayıp uyum sağlamak için çabalayacaktır. Bu noktada stres ve başa çıkma kavramları önem kazanmaktadır (5).

İstismar ile ilgili yazında yapılmış çalışmalara bakıldığında, bir kısmının olası risk etkenlerini belirlemeye yönelik olduğu görülmektedir. Bu amaçla ebeveynlik stillerine bakan pek çok çalışma varken; bu stillerin istismar sonrası çocuğun uyumuna etkisine bakan çalışmaların miktarı ise daha azdır (4).

## **1.2. AMAC**

Bu çalışmanın amaçları:

1. Cinsel istismara uğrayan ergen olgularda bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin tanımlanması ve bunların istismara uğrama açısından etkilerinin kontrol grubu ile karşılaştırılarak araştırılması;

2. Cinsel istismara uğrayan ergen olgularda psikiyatrik tanısı olan ve olmayan grupta bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkisi olup olmadığının saptanması;

3. Ergenlere ve annelerine ait başa çıkma mekanizmalarının Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği - Ergen Formu (SBYÖ) ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği - Erişkin Formu Formu (SBÖ) ile saptanarak, ortalamalarının olgu ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması ve ölçek puanlarının Cİ olgusu olmaya etkisinin belirlenmesi;

4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument: PARI) ile saptanan aile işlevlerinin ve ana-baba tutum farklılıkları ortalamalarının olgu ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması ve bu ölçeklerin Cİ olgusu olmaya etkisinin belirlenmesidir.



## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **2. GENEL BİLGİLER**

#### **2.1. Tanım**

Konuyla ilgili yazında Cİ'ye ilişkin farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Glaser'a (1991) göre en sık kullanılan tanım: "Gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve erişkinin tam olarak anlayamadıkları, bilgilendirilerek rıza gösterme yetisine sahip olmadıkları veya sosyal tabu ve aile rollerini çiğneyen cinsel aktivitelerde yer almalarıdır" (6). Çocuk İstismarı ve İhmali Ulusal Merkezi'nce yapılan tanımlamaya göre Cİ "Bir çocuk ve erişkin arasında, erişkinin çocuğu cinsel uyarılma amacıyla kullanması ile gerçekleşen temas ya da etkileşimdir. Bu tanımlama, yaşı erişkin olmasa da suçu işleyen istismara uğrayandan en az 5 yaş daha büyük olması ya da çocuk üzerinde güç ve kontrolünün bulunması durumlarını da içerir". Cinsel davranışın nasıl tanımlandığına, cinsel deneyimin olup olmadığına, suçlu ile kurban arasındaki yaş farkına göre de Cİ'yi farklı tanımlayan çalışmalar vardır (7).

Bir diğer tanıma göre ise Cİ, " Bir çocuk veya erişkin, ya da biri diğerinden belirgin büyük olan veya zor kullanan iki çocuk arasında cinsel davranış olmasıdır". Cinsel davranış, giysili veya giysisiz olarak; göğüslere, kalçalara veya genital bölgelere dokunmak ve vücut boşluklarına cinsel organ veya bir cisim sokmaktır. Ayrıca teşhircilik ve pornografik fotoğraflar gösterme de Cİ tanımı içine girmektedir (6). Yine bir başka tanıma göre Cİ, 18 yaşından önce, kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az iki yaş büyük bir aile bireyi tarafından okşamaktan cinsel ilişkiye kadar değişen herhangi bir düzeyde cinsel yakınlığa hedef olma olarak da belirtilebilmektedir. Cinsel organlarını çocuğa göstermekten, çocuğu soyunmaya ya da belirli beden bölgelerini göstermeye zorlama, genital organları elleme, elle ya da ağızla uyarma, vajinal ya da anal ilişki, çocuğu fahişeliğe itme ya da pornografi amacıyla kullanmaya kadar uzanan her türlü eylem Cİ kapsamında yer almaktadır (2). Çocuğa yönelik Cİ'nin büyük bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte olduğunu gösteren ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılmış olan Ulusal Sıklık Çalışması (National Incidence Study: NIS- 3 )'nin son tanımlamasına göre Cİ, 18 yaşın altındaki bir çocuk ya da ergenin: oral, anal ya da genital yoldan penil, dijital ya da diğer bir şekilde penetrasyon; penetrasyon olmaksızın genital temasla taciz ya da çocuğun genital olmayan bölgelerine temas (örneğin göğüslerin yada

kalçaların okşanması) ya da istismarcı ebeveyn yada ebeveyn yerine geçen biri ise, cinsel aktivitelerin uygunsuz yada yetersiz denetimi eylemlerine maruz kalmasıdır (8).

İstismar, çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa bu durum ensest olarak adlandırılır (9).

Çocuğa yönelik Cİ fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur. Cİ alanında yapılan çalışmalarda farklı tanımların esas alınması araştırma sonuçlarında da farklılıklara yol açmaktadır. Son yıllarda geniş anlamı ile cinsel içerikli tüm davranışların istismar kavramı kapsamına alınması gerektiği görüşü ağırlık kazanmaktadır (9).

Çocuğun rızası olsun olmasın bu yaşantılara maruz bırakılması suçtur ve cezai yaptırımı vardır. Yeni Türk Ceza Kanununda (10) yetişkinlere yönelik olarak gerçekleşen cinsel amaçlı eylemler “cinsel saldırı suçu” olarak adlandırılırken, çocuklara yönelik gerçekleşen cinsel amaçlı eylemler “cinsel istismar” olarak adlandırılmaktadır. Erişkin yönünden cinsel suçlardan söz edebilmek için “rızanın olmaması-zor unsurunun bulunması” gerekirken, çocuklara yönelik cinsel suçlarda çocukların rızasından söz etmek olanaksızdır. Çocuklar kendilerine yönelik cinsel amaçlı saldırının ayırıcısında değildir. Yasa, on-beş yaş üstü çocukların, uğradıkları saldırının hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğine sahip olmaları halinde, eylemin rıza dışı ve iradeyi etkileyen bir nedenle gerçekleştirilmesi halini istismar olarak kabul etmiştir (9).

## **2.2. Tarihçe**

Ensest insanlık tarihi kadar eski bir olgudur. Tarihsel süreçte bakıldığında kimi zaman toplumlar tarafından kabul edilir bir ilişki türü olarak değerlendirilmiş; çoğu zaman ise toplum ve dinler tarafından yasaklanarak bir tabu olma niteliğini korumuştur. Kültürler enseste yaklaşımları açısından farklılıklar göstermektedirler. Peru’da İnka’ların zamanında ensestin asiller arasında tabu olmadığı; Mısırlıların ise eski dönemde kardeşler arası evliliği yeğledikleri papirüslerdeki metinlerde belirtilmektedir. Firavunların kardeşleriyle evlenmeleri tanrısal sığata en uygun evlilik olarak kabul edilmekteydi. Perulular ve Havai’lilerin de kan saflığını korumak için akraba evliliği yaptığı bilinmektedir. Sofokles’in Kral Oidipus tragedyasında, istemeyerek babasını öldüren ve ardından öz annesiyle evlenen Oidipus’un gerçeği öğrenince gözlerini kör etmek suretiyle kendini cezalandırılışı anlatılmaktadır. Eski Yunan mitolojisinde ise iki kardeş tanrı Zeus (Jüpiter) ile Hera ’nın cinsel ilişkide bulunmaları çok doğal bir olay olarak anlatılmaktadır. Yine eski Mısır papirüslerinde iki kardeş tanrı olan İziz ile Osiris’in aralarında çiftleşerek Horos’u

yarattıklarından bahsedilmektedir. Belirli cinsel inanışlara karşı toplumun gösterdiği tutumlar dönem dönem değişmektedir. Eski Yunanistan ve Roma’ da yetişkinler ile çocuklar arasında gerçekleşen cinsel ilişkinin kabul edilebilir bir davranış olduğu bilinmektedir (11).

Çocuk istismarı 1962 de ilk defa Henry Kempe tarafından ortaya atılmıştır. Çocuğun sürekli şiddete maruz kalması sonucu oluşan kol ve bacaklarda kırıklar ve kafa içi kanamalarla ortaya çıkan bu sendrom, yıllar içinde yapılan çalışmalarla genişleyip, istismar adını alarak olayın her boyutunun tartışıldığı bir konu haline gelmiştir (11).

Ruhsal travma ile ruhsal bozukluk arasındaki ilişki 19. yüzyıl sonlarında ruh hekimleri için ilgi konusu olmuştur. Salpetriere’de Charcot ve Janet’in başlattığı çalışmalar, “histeri” adı verilen hastalığın etiolojisinde ruhsal travmanın ve özellikle de çocukluk çağı Cİ’nin olabileceğinin altını çiziyordu. Freud da ilk yazılarında ruhsal travmaya merkezi bir rol vermiş; ancak kısa süre sonra bu düşünceden uzaklaşmıştır. Yirminci yüzyılın ilk yarısında ilgi görmeyen ruhsal travma, 1970’li yıllarda yeniden gündeme gelmeye başlamıştır (2).

Ülkemizde son yıllarda çocuk istismarı konusu hem tıp alanına hem de kamuoyu gündemine daha fazla girmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar ise ancak 1990’lardan itibaren artmaya devam etmektedir (11).

### **2.3. Epidemiyoloji:**

Çocukluk çağı Cİ nadir değildir; son 20 yılda bildirim yaklaşık 10 kez artmıştır. Ancak prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Prevalans oranlarındaki farklılıklarda, araştırmacıların değişik tanımlamalar kullanmaları, etnik ve coğrafi özellikler ve çalışmalar arasındaki yöntem farklılıkları da etkili olmaktadır (2). Ayrıca çocuğun yaşı ve cinsiyeti, istismarcının yaşı ve cinsiyeti, çocuk ve istismarcı arasındaki ilişkinin doğası ve istismarın sayısı, sıklığı, süresi de epidemiyolojik sonuçları etkileyebilmektedir (3).

ABD’de çocuğun Cİ’sine yönelik yapılmış 3 büyük ulusal epidemiyolojik veri kaynağından biri NIS-3’tür. Bu çalışmada veriler, ABD eyaletlerindeki tüm koruyucu servisler, adli birimler, halk sağlığı merkezleri, hastaneler, okullar, gündüz bakım merkezleri, ruh sağlığı ve sosyal servislerden elde edilmiştir. Cİ insidansı ile ilgili çalışmalar karşılaştırıldığında 1980 ve 1986’da sırasıyla 0.7/1000 ve 1.9/10000 olan oranın, 1993’de 3.2/1000’ye çıktığı görülmüştür. Son çalışmadaki rakamlara göre kızlar erkeklere göre daha fazla Cİ’ye uğramaktadır (4.9/1000 kıza karşılık, 1.6/1000 erkek) (8). Cİ konusundaki ikinci büyük veri kaynağı “Child Maltreatment 1998: Report from the States to the National Abuse and Neglect Data System” dir. Veriler çocuk koruma servislerinden

elde edilmiştir. Veri kaynaklarında NIS -1 ya da NIS-3'teki gibi servis çeşitliliği yoktur. Çocuk koruma servislerinden elde edilen verilere göre 1998 yılında 1.6/1000 çocuğun Cİ'ye uğradığı tespit edilmiştir (8). Üçüncü büyük ulusal epidemiyolojik çalışma verileri ise nüfus araştırmalarından elde edilmiştir. Ebeveynlerin %5,7'si çocuklarının daha önce herhangi bir zamanda, % 1,9'u ise bir yıllık süre içinde Cİ'ye uğradığını belirtmiştir (8).

ABD Ulusal Çocuk İstismarını Önleme Komitesine göre 1994 yılında 3 milyon civarında çocuk istismarı ve ihmali vakası sosyal hizmet kurumlarına bildirilmiş, bunun 1 milyonu ispatlanmıştır. Yine aynı ülkede her yıl çocuk istismarı ve ihmalinin 2000- 4000 çocuğun ölümüne yol açtığı ve 15000- 20000 yeni cinsel istismar vakası olduğu bildirilmektedir. Her üç- dört kızdan ve her yedi- sekiz erkek çocuktan birisinin 18 yaşından önce cinsel istismara uğradığı tahmin edilmektedir. Gerçek vaka oranlarının ise bu tahminlerden daha yüksek olması olasıdır. Çünkü kötü muameleye maruz kalan çoğu çocuk fark edilmemekte ve birçoğu da istismarı bildirme konusunda isteksiz davranmaktadır (12). Cİ çoğu kez gizli kaldığı, sır olarak saklandığı için gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zordur. Cİ'ye uğrayanların yalnızca % 15'inin bildirildiği dikkate alınır ise ulaşılabilen olguların buzdağının görünen kısmı ile sınırlı olduğu düşünülebilir (9).

Çocukluk çağı Cİ'si için konuyla ilgili diğer kaynaklarda bildirilen oranlar, kızlarda % 6- 61 ve erkeklerde % 3- 31 arasında değişmektedir. Kız çocuklarda kötüye kullanım sıklığı erkek çocuklardan beş kat fazladır. Çocuk kurbanların yaklaşık yarısı tekrarlayıcı biçimde istismara maruz kalmaktadır. Birçok vakada istismar yıllar boyu sürer. İstismarda bulunanların çoğu erkektir. Herman'a göre kadınların % 10'u çocuklukta Cİ'ye uğradığını bildirmekte ve % 1'i baba- kız ensesti tanımlamaktadır (13). Erişkin kadınların 1/3'i ile 1/5'inin çocukluk döneminde istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir (14). Çalışmalardaki prevalans oranları yüksek olmakla birlikte birbirinden farklılıklar göstermektedir. Russle ve Finkelhor (1990), Cİ'nin prevalans hızının %27-38 oranları arasında olduğunu belirtmişlerdir. Peters (1986) ise çalışmasında %6- 62 arasında değişen prevalans oranlarından bahsetmektedir. Onsekiz yaşına kadar kızların % 12-25'inin, erkeklerin %8-10'unun Cİ'ye maruz kalmakta olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (15). Prevalans hızları yıllık insidans hızlarından daha yüksek olabilir, çünkü giderek artan bir çocukluk olayını temsil etmektedirler (13).

Ülkemizde konu ile ilgili yeterli veriler olmamakla birlikte; Trakya Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada aile içi Cİ oranının %1,4 olduğu belirlenmiştir. Akyüz ve arkadaşlarının (2005) erişkinlilerle yaptıkları geriye dönük bir araştırmada ise, çocuklukta cinsel istismar oranı % 2,5 olarak bildirilmiştir. Dokuz ve onbirinci sınıflarda okuyan kız

öğrencilerle yapılan diğer bir çalışmada; %1,8 oranında ensest bildirilirken; öğrencilerin %11,3'ü çocuk iken özel bölgelerine istemedikleri bir şekilde dokunulduğunu ve %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirtmişlerdir. Ergenlerle yapılan bir araştırmada ise erkek ve kız öğrenciler arasında sırasıyla % 3,1 ve % 11,2 oranında istismar bildirim yapılmıştır. Ergen Cİ'si ile ilgili Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezinde yürütülen bir çalışmada istismarcıların tamamının erkek olduğu görülürken; akran istismarının %33,3, bir erkek akraba tarafından istismarın %7,4, öz baba istismarının %14,8 ve yabancı istismarının %25,9 olduğu belirtilmiştir (9). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nce İstanbul'daki liselere devam etmekte olan 1955 kız çocuğu arasında yapılan bir araştırmada olguların %95,7'sinin Cİ ile ilgili soruya yanıt verdiği saptanmıştır. Bu çocukların 250'si (% 13,4) Cİ'ye uğradığını bildirmiştir. Bu istismarların %11,3'ü cinsel bölgelerinin ellenmesi ve % 4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlanma olarak tanımlanmıştır. Her iki tipte Cİ'ye uğradığını belirtenlerin oranı ise % 3 olarak saptanmıştır. Cİ bildiren çocukların % 32, 4'ü istismarcı ile ilişkisini sorgulayan soruya yanıt vermemiş, %50'si bir yabancı tarafından istismar edildiklerini bildirmiş, ensest durumu sadece %1,8 çocuk tarafından bildirilmiştir. Bir erkek tarafından istismar edilme oranı %92,9 iken; kadın tarafından istismar edilme oranı %5,7 ve her iki cins tarafından istismar edilme olma oranı ise %1,4 olarak saptanmıştır (16). İstanbul'da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada ise 302 kız öğrencinin %44,5'i 18 yaşından önce en az bir kez Cİ'ye uğradıklarını bildirmişlerdir. On iki yaşından önce istismara uğradığını belirten kızların %93'ü ve 13–18 yaşları arasında istismara uğradığını belirten kızların %98'i istismarcının erkek olduğunu belirtmişlerdir. İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada, 16 yaş öncesinde (geniş aile dâhil) aile bireyleri tarafından Cİ (ensest) üniversite öğrencilerinde %4,6, lise öğrencilerinde %4,5, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %8,7, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında %10,2 olarak belirlenmiştir. Aile dışındaki cinsel istismarlar da eklendiğinde bu rakamlar artmaktadır (2).

Ensest istismar tipleri içinde en kötü etkiyi yaratan ve o denli de gizli kalan bir olgudur. Ailenin dağılmasına ya da babanın hapse girmesine neden olacağı korkusu yüzünden çocuğun açıklamaya çekindiği bir durumdur. Çocuk istismarının en dramatik ve saptandığında hemen önlem alınması gereken tipi olan ensest için bugün ülkemizde çok kısıtlı merkezler olduğunu belirtmek gerekmektedir. Ülkemizde görülme sıklığı az olmayan, ancak kayıt altına alınabilen olguların sayısının gerçekleri yansıtmadığı düşünülmektedir. Cİ olguları için başvuru merkezlerinin olmayışı bu olaylarda gerekenlerin yapılmasını güçleştirmektedir. Ülkemizde çocuk istismarı konusunda yeterli sayısal

verilerin toplanamadığı görülmektedir. Gerek kayıtların yetersizliği gerekse akademik olarak bu tip çalışmaların yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır (11).

## **2.4. Cİ için risk etkenleri**

Cİ' ye yönelik risk etkenleri bireysel, ailesel ve istismara ait özellikler olarak ele alınmaktadır. Cİ kurbanlarının uyum süreçlerini açıklamaya yönelik araştırmalarda tüm bu etkenlerin önemi araştırmalarla incelenmektedir.

### **2.4.1. Cİ' de bireye ait özellikler**

Cİ için bireye ait başlıca risk etkenleri cinsiyet, yaş ve sakatlıklardır (3).

Yaşın Cİ'nin sonuçlarına etkisi konusundaki bulgular birbiriyle çelişmektedir. Bazı araştırmalar daha geç meydana gelen istismarların daha yaygın etkisi olduğunu gösterirken; bazı çalışmalar prepubertal etkilenmenin erken çocukluk dönemi ya da ergenlik dönemine göre incinebilirliğinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (17). Kurbanın ergenlik öncesi ve ergenliğin ilk dönemlerinde olması da önem taşımaktadır (18). Bebeklik döneminden ergenlik dönemine dek çocukların hem ruhsal hem de kişiler arası alanlarda yaşadıkları deneyimleri adlandırabilmeleri oldukça değişkendir. Bazı çalışmalar geç dönemde olan istismarların daha yıkıcı etkileri olduğunu göstermekteyken; bazı çalışmalar da prepubertal dönem istismarlarını erken çocukluk ya da ergenlik dönemindekilere oranla daha zedeleyici olduğunu belirtmektedir. Gelişmekte olan cinsellik ve kendilik algısının ergen davranışsal sorunlar açısından daha kırılabilir hale getirdiği öne sürülmektedir. Ergenlik dönemi kendilik bilinci ve kendilik endişeleri ile yaşanan bir gelişimsel süreç olduğu için çocuklara kıyasla psikolojik sıkıntının da daha yaygın olması ve özgüvende daha büyük eksikliklerin olması beklenmektedir (17).

Cinsiyet, Cİ ve sonuçları ile ilişkili görünen bir diğer bireysel risk etkenidir. Kızların Cİ'sinin daha fazla, erkeklerin Cİ'sinin daha az rapor edildiğine inanılmaktadır. Mevcut araştırmaların çoğu kızlarla ilgilidir (17). Kızların erkeklerden 2 ila 5 kat daha fazla risk altında olduğu çeşitli çalışmalar tarafından bildirilmektedir (3,13). Erkeklerde istismarda bulunanın birden fazla olmasına daha sık rastlanır ve eşcinsel kötüye kullanım kızlara göre daha sıktır (2). Erkek ve kızların uğradığı istismar tipleri genellikle farklıdır; örneğin erkekler daha fazla güç kullanımına ve aile dışı istismara maruz kalmaktadır (17).

Çocuğa ait diğer risk etkenleri ise sakatlık, ihmal ya da sosyal izolasyonun olup olmadığıdır. Bu durumların varlığında çocukların daha fazla Cİ'ye maruz kaldıkları

belirtilmektedir (18). Körlük, sağırılık, mental retardasyon gibi çocuğun özellikle güven algısını bozan fizik yetersizlikler, artmış risk ile ilişkilidir. İncinebilirliğin artışı ile bağımlılık, kurum bakımı ve iletişim güçlükleri olarak tanımlanan üç etken ilişkili bulunmuştur. Bu duruma cinsiyetin etkisi araştırıldığında, Cİ'ye uğramış ve yetersizliği olan olgular içinde erkeklerin, kızlardan daha fazla olduğu bulunmuştur (3).

İrk ve etnik köken ise Cİ için bir risk etkeni gibi görünmemektedir, ancak belirti dışı vurumunu etkileyebilmektedir. Bir çalışmada Latin kızların, Afro-Amerikan ya da beyaz ırktan olan kızlara göre daha fazla emosyonel ve davranım sorunları yaşadığı saptanmıştır (3).

#### **2.4.2. Aileye ait özellikler**

Boşanma, ayrılık, şiddet, alkol ve madde kullanımı ve yoğun aile içi çatışmaların olduğu ailelerde Cİ riski belirgin olarak artmaktadır. Ayrıca çocukların ana babalarını kendilerini reddeden ve kendilerine bakım vermeyen olarak algılamaları, tek ebeveynle yaşama, üvey babanın varlığı, ebeveynlerin kendilerinin Cİ'ye uğrama öykülerinin olması da Cİ ile ilişkili artmış risk etkenlerini oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra annenin eğitim düzeyi ile Cİ arasında belirgin bir ilişki görülmektedir. Annenin eğitim düzeyi düştükçe Cİ'nin şiddeti artmaktadır (18). Aile yapısı da Cİ'nin risk etkenleri arasında önemli bir yere sahiptir. Bazı ailesel sosyo-demografik özellikler istismarda etkili gibi gözükmektedir (4). Özellikle bir ya da iki ebeveynin olmayışı güçlü bir risk etkenidir. Evde üvey babanın varlığı riski artırmaktadır. Ebeveyn rahatsızlıkları, özellikle annenin hastalığı, marital çatışmalar, annenin uzun süre yokluğu, annede alkolizm, anne ve/veya babada madde kullanımı, sosyal izolasyon, cezalandırıcı ebeveynlik pek çok çalışmada riski artıran etkenler olarak bulunmuştur (3).

Ebeveyn davranışlarının çocuğun gelişimi ve iyilik hali ile doğrudan ilişkili olduğu oldukça yaygın olarak tanımlanmıştır. Ekonomik koşulların olumsuzluğu, işsizlik ve maddi sıkıntıların stresi artırma ve tepkisel depresyon oluşturma yoluyla ebeveynlerin psikolojik iyilik halini ve davranışlarını etkilediği gösterilmiştir. Bu etkiler ebeveynlik davranışlarına taşınabilir, daha cezalandırıcı ve hostile ebeveynler haline gelme ve çocuklarına daha az vakit ayırma ile sonuçlanabilir. Bu kişilerin çocuklarında psikososyal uyum azalabilir ve problemler ortaya çıkabilir (4). Çocuk ve ergenlerde görülen Cİ riskinin, evlilik sorunları ve aile içi çatışmaların sık yaşandığı, ana-babalık görevlerini yerine getiremeyen ve ebeveyn uyum sorunu olan ailelerde arttığı görülmektedir. Bu ebeveynlerin büyük çoğunluğu kendileri de küçükken istismar edilmiş, çocukluk yaşantıları mutsuz ve olumsuz

olan kişilerdir. Cİ' nin sık görüldüğü, bir başka deyişle enestinin yaşandığı aileler genel olarak düzensiz ve işlevselliği bozuk aileler olarak tanımlanmaktadır. Bu ailelerde olaya yol açtığı düşünülen çeşitli patolojiler bulunmaktadır. En sık tanımlanan örüntü babanın güç ve kontrolü sağlamak için şiddete başvurduğu, katı ve ataerkil bir aile yapısıdır (18). İstismarda bulunan ebeveynlerin daha otoriter nitelikleri olduğu pek çok çalışmada saptanmıştır. Otoriter ebeveyn figürlerinin özellikleri, çocuğun bireyselliği ve otonomisini daha az kabullenme, daha fazla cezalandırma yöntemi kullanma ve çocuklardan beklentileri ile ilgili daha az açıklamada bulunmayı içerir (4).

Çocuk istismarı görülen ailelerde ana-baba arasındaki evlilik ilişkisi, ebeveynlerin kendi ana-babalarında da olduğu gibi güçsüzdür. Aile sistemi dışı kapalıdır. Karısı, görünen cinsel aktiviteyi görmezden gelmeyi tercih eder. Aile genel olarak duygusal iletişim açısından fakirdir. Bu konuyla ilişkili bir başka örüntü de annenin baskın, babanın pasif olduğu durumlardır. Bu babalar, sadece çocuk ile istismar ilişkisinde kendilerini güçlü hissederler. Sonuç olarak, istismarın olduğu tüm ailelerdeki ebeveyn yapılanmasında belirgin bir güç dengesizliği vardır. Cİ'nin gözlemlendiği ailelerdeki ana babalarda cinsel sorunlar da sık görülmektedir. İstismar eden bazı babalar ise pedofiliktir. Bu ailelerde sıklıkla sosyal izolasyon görülür. Ana babaların çoğunda sosyal ilişkilerde kısıtlılık ve zorlanma vardır. Bu durumdaki bazı babalar cinsel olarak engellendikleri durumlarda, cinselliği evlilik dışı ilişkilerde yaşamak yerine kendi çocuklarına yönelirler. Rol karmaşası-çatışması da Cİ' nin yaşandığı ailelerde sık rastlanılan bir durumdur. Anne genellikle eş ve ev kadınlığı rollerini kızına vermektedir. Baba da bakım vermeyi enest yoluyla yapmaktadır. Alkol ve madde kullanımı enest için kolaylaştırıcı bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak babalarda yasal suç oranı ve anti-sosyal davranışlar daha fazla gözlenirken, annelerde depresyon oranı yüksektir. Cİ' nin görüldüğü ailelerde savunma düzeneği olarak sıklıkla inkâr görülür. Anne evliliği ve düzeni bozulabileceği için görmezden gelir. Kız çocuk ise utanma ve suçluluk duygularını bastırmak ve aile düzeninin bozulmasını önlemek amacıyla durumu yadsıyabilir (18).

Önemli ailesel özelliklerden biri de sosyo-ekonomik düzeydir (SED). Yoksul aileden geliyor olmak istismar riskini artırırken; çocuğun gelişiminde daha kötü sonuçları da beraberinde getirir. Yoksulluğun ebeveynlik süreçlerine negatif etkileri istismara uğramış çocuğu da zarar verici yönde etkilemektedir. SED'i düşük ailelerde güce dayalı bir disiplin, yüksek düzeyde negatif affekt ve çocuklara yönelik yoğun negatif davranışlar için artmış bir risk vardır. İstismarın olmadığı ve SED' in arttığı ailelerde bakım verme işinden alınan keyfin arttığına dair bulguları olan çalışmalar vardır. Ekonomik etkenler stres yoluyla



ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesini düşürür; ebeveyn desteği de düşük olur (4). Bununla birlikte, SED fizik istismar ve ihmal için güçlü bir risk etkeni iken, cinsel istismara etkisinin böyle olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (3).

Bronfenbrenner (1986) ikamet edilen yerin sık değişiminin aile fonksiyonelliği ve çocuğun gelişimi üzerine etkilerinin önemini vurgulamıştır. Bu durum aile dayanıksızlığını işaret eden bir etkenidir ve daha sonraki gelişimsel uyum için güçlü bir yordayıcıdır. Sık taşınma ve beraberindeki değişken çevre istismar olgularında sıklıkla bulunan bir durumdur. Bu konuyu inceleyen az sayıda çalışma vardır. Sık taşınan çocukların, istismara uğramamış akranlarına oranla her gittikleri yerde iki kat daha fazla istismar riski taşıdıkları belirtilmekte ve sık yer değişiminin istismarın gelişimsel sonuçları etkilemesini açıklamada aile çevresinin ve buna bağlı sosyal destek kalitesinin azalması gösterilmektedir. Çocuklarını istismar etmiş ebeveynlerin daha az sayıda arkadaşı olduğu ve kendi çekirdek aileleri ile daha az sıklıkta temas kurdukları tanımlanmıştır. Bu kısmen, sık taşınmanın bir sonucu da olabilir. Alternatif olarak daha zayıf sosyal ilişkileri olan ya da ailelerine daha az bağlı olan ebeveynler de sık yer değişiminde bulunmaya eğilimli de olabilir. Bu konuda çok az çalışma olması nedeniyle aile değişkenliğinin bağlanma özellikleri ve istismarla ilişkilerini saptayabilmek için (değişkenliğin potansiyel yararlı yanları da dahil) daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (4). Çocuklarını istismar eden ebeveynler daha az karşılıklı ilişki kurarlar ve diğer erişkinlerle uzun süreli bağlar kurmaya gönülsüzdürler. Diğer erişkinlerden sosyal destek alanlar çocuklarına karşı daha hassastır ve irritable mizacı olan çocuklarıyla başa çıkmada daha başarılıdırlar. Sık taşınmaların yada diğer nedenlerin sonucu olarak daha fazla sosyal izolasyon ile çocuklarını istismar eden ebeveynlerin ebeveynlik davranışları ve stresleri arasında ciddi bir tampon eksikliği vardır. Sıcak ve istikrarlı ebeveynlik istismara uğramış çocukların düzelmesinde en önemli etkindir (4). Araştırmalar Cİ'ye uğramış çocukların anneleri ile olan ilişkilerini daha olumsuz algıladıklarını ve ailelerinde problem çözme becerilerini daha kötü, rol karmaşasını daha fazla ve aile işlevselliğini daha uyumsuz algıladıklarını göstermektedir (19).

#### **2.4.3. Cİ' ye ait özellikler**

Yazında Cİ'ye uğramış çocuklarda psikiyatrik sonucun değişkenliğini istismarla ilişkili özellikler açısından ele alan çalışmalarda, istismarın süresi, sıklığı, şiddeti gibi etkenlerin önemi dikkati çekmektedir. Eğer istismar uzun sürmüştür, çocuğun istismarcı ile duygusal bir yakınlığı ya da ilişkisi varsa, zorlama ya da güç kullanımı eşlik ediyorsa, eylem penetrasyon içeriyorsa psikiyatrik bozukluk da daha fazla görülmektedir (20). İstismara

fiziksel güç kullanımının eşlik etmesi, hem kısa hem de uzun dönemde daha fazla olumsuz sonuçla ilişkili bulunmuştur (21). İstismarın şiddeti, sıklığı, süresi, daha önceki istismar varlığı (Cİ, fizik istismar, ihmal ya da ebeveynler arası istismara tanıklık etme) ve istismarcının kimliği istismara uğramış çocuğun uyum güçlükleriyle doğrudan ilişkilidir (22).

Cİ'de bulunanların genellikle yabancı kişiler olduğu sanılırsa da çoğunlukla aile içindeki ya da yakın komşuluktaki kişiler olduğu bilinmektedir. Ana-baba, kardeşler, geniş aile üyeleri (büyükbaba, amca, kuzenler, enişte vb) istismarı yapan konumunda olabilir. Kronik olarak gerçekleşen bu tür istismarların engellenememesinde diğer aile bireylerinin ihmali de rol oynar. Kurbanın direnç gösteremeyişi ve yardım isteyemeyişinde tehditlerin yol açtığı korkunun yanı sıra bu ağır travmanın bir sonucu olan genellikle disosiyatif nitelikteki psikopatoloji de rol oynayabilir (2). Aile içi istismarda en sık rastlanan istismarcı öz babadır. Ancak üvey babalar da istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Cİ'ye uğrayan kızlarla yapılan bir çalışmada saldırganın %66 oranında aile içinden ve %25 oranında aile üyesi olduğu bildirilirken; öz baba %11 ve üvey baba %10 oranlarında bulunmuştur. Daha önceki yıllarda yapılan bir çalışmada ise Cİ'nin %75 oranında ev içinde gerçekleştiği ve bunların %46'sında babaların, % 27'sinde üvey babaların rol oynadığı bildirilmektedir (23, 24). Klinik çalışmalar daha çok aile içi istismarla ilgilenmiştir. Bu çalışmalarda kardeşler arası istismarlar sık değilken; tarama çalışmalarında en az babalar kadar olduğu bulunmuştur. Bazı ailelerde çocuk hem istismar edilen, hem de istismar eden konumunda olabilir. Kızlar daha çok aile içi Cİ'ye uğrarken; erkeklerin bir yabancı tarafından istismar edilme olasılığı daha yüksektir. Aile dışı Cİ genellikle tek sefer olurken; aile içi cinsel istismar tekrarlayıcı, kronik gidişli ve belirti oluşturan bir durum yarattığı için dikkatle ele alınmalıdır (18).

İstismarcılara ilişkin belirgin bir kişilik profili, sosyal ya da demografik özellik tanımlanmamaktadır. Yinelenen biçimde çocuklara Cİ uygulayan erişkinlerin önemli bir kısmı çocuklukta Cİ yaşamış kişilerdir. İstismarcı, çalışmalara göre değişmekle birlikte %60–80 oranında çocuğun bildiği, güvendiği aile bireyi ya da yakınıdır. İstismarcıların %20-30'u ergendir. Son yıllarda %5–10 oranında da önergic istismarcı tanımlanmaktadır. İstismarcıların %85-95'i erkektir. Kadın istismarcılar daha nadirdir ve istismarları genellikle erkek çocuğa yöneliktir (25, 26, 27). Yazında istismarcı cinsiyetinin kadın olduğu durumların uzun dönemdeki etkilerini araştıran çok az çalışma bulunmaktadır. Kadın istismarcı tarafından gerçekleştirilen Cİ olguları bu konuda çalışanlar arasında genellikle yeterince önemsenmeyip daha az bildirilebilmekte, bu durum da ikincil istismarların

sürmesine neden olabilmekte ve pek çok psikiyatrik bozukluk ile sonuçlanabilmektedir (28, 29). İstismarı yapanın kadın olması durumunda istismarcı, olguların %40'ında bir arkadaş ya da %30'unda tanıdığı biri ve %30'unda bakım verme amacıyla evde bulunan bakıcıdır (30). Yazında bu konu ile ilgili olarak yapılan nadir çalışmalardan birinde (29), kadın istismarcıyla gerçekleşen Cİ daha hasar verici ve daha ağır psikopatoloji ile giden bir durum olarak tanımlanmıştır (28).

## **2.5. Değerlendirme ve tanı**

### **2.5.1. Çocukla görüşme**

Bir çocuk ya da gencin Cİ şüphesi ile ilgili birime gelip tedavi ve izleminin de dahil olduğu aşamalara ulaşıncaya kadar olan değerlendirme ve tanılamayı da kapsayan süreçte multidisipliner bir ekibin birlikte çalışması son derece önemlidir. Değerlendirmede öykü alma, fizik bakı, gerekli laboratuvar testler ve ayırıcı tanı basamakları yer alır (31).

Değerlendirme ve tanıda hekimin rolü oldukça önemlidir. Çünkü Cİ'yi tanısal olarak kesinleştirmeden her hangi bir girişim yapma olanağı yoktur. Bu sorumluluğu yerine getirirken hekimin sahip olması gereken en önemli özellikler; tarafsız bir biçimde gerçeği bulma çabası, adli ve tıbbi değerlendirme yapma bilgisi ve bu durumlarda çocukların duygularını bilme, anlama, destekleyici olma, yargılamadan ve yönlendiricilikten uzak bir biçimde bilgi toplamayı başarabilmesidir. İstismar için en önemli kanıt çocuğun söyledikleridir (25, 27). Değerlendirme sırasında dikkat edilmesi gereken bir konu, boşanma ve velayetin söz konusu olduğu durumlarda %25–50 oranında kanıtlanamayan (sahte ya da kuşkuculuğa dayanan gerçek dışı) Cİ suçlamalarının ortaya çıkabileceğidir. Velayet sorununun olmadığı durumlarda bu oran %4–9 dolayındadır. Tüm velayet davalarının ise yalnızca %2'sinde Cİ suçlaması söz konusudur (27).

Çocuk ve ergene yönelik olası cinsel istismarı değerlendirirken, bilgi sadece çocuk ve ebeveyninden değil, tüm aileden alınmalıdır. Empatik yaklaşımda bulunmak gerekir (32). Eğer mümkün olursa çocuk görüşmeye yalnız alınmalıdır. Hekim kendi duygularının görüşmeyi yönlendirmesinden kaçınmalı ve görüşmeyi açık uçlu sorularla gerçekleştirmelidir (25, 33, 34). Yapılan görüşme yalnızca bilgi toplamaya yönelik olmamalı, aynı zamanda tedavi edici mesajları da içermelidir. Bu nedenle çocuğun yaşadığı Cİ'den erişkinin sorumlu olduğunu ifade etmek; çocuğun bu davranışlara izin verecek ya da engelleyecek konumda ve suçlu olmadığını anlatmak önem taşımaktadır. Ayrıca bu olayın başka çocukların da başına geldiğini bilmek çocuğu rahatlatacaktır (27). Görüşme sırasında

alınacak bilgiyi arttırabilmek için resimler ve anatomik bebekler dikkatli bir şekilde kullanılabilir. Çocuğun cinsel organlar için kullandığı isimler bilinmelidir (8, 25, 27).

### **2.5.2. Fizik inceleme bulguları:**

Cİ'ye uğramış çocuklar, pek çok fiziksel ve ruhsal belirtilerle hekime başvurabilmektedirler. Ancak cinsel istismara özgü bir “çocukluk cinsel istismarı sendromu” tanımlanmamaktadır (18). Cİ'ye uğramış bir çocuğun hekime gelmesi ve bu durumun açığa çıkması birkaç yolla olabilir. Bunlardan ilkinde Cİ'ye uğrayan çocuklar, rutin fizik incelemenin yapılması, tıbbi bir hastalığın ya da davranışsal sorunun değerlendirilmesi ya da ayırıcı tanıda Cİ'nin de olabileceği fiziksel belirtilerin varlığı nedeniyle getirilmiş olabilir. Cİ'nin açığa çıkmasındaki bir diğer yol ise, ebeveynlerin veya çocuğu tanıyan başka birilerinin (komşu, öğretmen gibi) çocuğun Cİ'ye uğradığına ilişkin şüphelerinin olmasıdır. Sosyal servis (Türkiye için SHÇEK) ya da yasal mercilerin çocuğun olası Cİ açısından değerlendirilmesini istemeleri de Cİ mağduru bir çocuğu hekime getirebilir. Bunların dışında dördüncü bir yol ise, çocuğun Cİ'yi takiben tıbbi kanıtların toplanması ve Cİ olup olmadığının saptanabilmesi amacıyla acil servis veya da ilgili birime getirilmesidir (18).

Cİ'yi hekim karşısına getiren tablolar karın ağrıları, rektal kanama, ata biner tarzda düşme öyküsü, kronik ya da yineleyen idrar yolu enfeksiyonları yanı sıra, diğer somatik yakınmalar, gebelik ve davranış sorunlarıdır. Bildirimi yapılan Cİ olgularının gerçek rakamın çok altında olması nedeniyle, hekimlerin özellikle somatik yakınmaları, gece kabusları, okuldan-evden kaçma sorunu, gelişimsel düzeyi ile uyumsuz cinsel davranışları olan ve küçük yaşta gebe kalan tüm çocuk ve ergenler karşısında Cİ ile ilgili uygun inceleme yapmaları gereklidir. Ayrıca, vaginal-rektal kanama ve yabancı cisim, kondiloma akuminata, genital herpes, trikomoniasis, gonokokal vulvovaginit ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalığı olan ergen kızların da Cİ açısından değerlendirilmeleri önem taşımaktadır. Çocuktan alınan öykü her zaman en temel tanı aracı olmalıdır (18).

Fizik bulguları değerlendirmek için, akut olaylarda (ilk 72 saat) acil bakı gerekir. Bu hem bulguların taze iken değişmeden saptanması ve olası gebelik ya da başka tıbbi sorunların tedavisi, hem de adli kanıtların toplanması için (sperm, kanama, saç vs) için önemlidir (25, 27, 33). Cİ'den sonra ilk 72 saat içinde fizik bakı yapılan kızlarda %42- 46 pozitif fizik bulgu saptanırken, daha sonraki dönemde bu oran %8'e kadar inebilmektedir. İstismarcının itirafta bulunduğu Cİ olgularında bile fizik bakı %60 oranında tamamen normaldir (34). Cİ'nin tanınmasında fizik bakı oldukça önemli bir rol oynamakla birlikte,

iyi alınmış bir öyküden sonra gelir. Fizik bakı tek başına nadiren tanı koydurucudur ve olguların %92'sinden fazlasında travmanın akut ve kronik bulguları saptanamayabilir (35, 36). Ancak unutulmaması gereken bir nokta, yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 287'ye göre genital muayenenin hâkim veya savcı kararına bağlı yapılması gerektiğidir (37).

## **2.6 Klinik görünüm:**

### **2.6. 1. Klinik görünüme etki eden etkenler:**

Ebeveynlik stillerinin etkisini inceleyen çalışmalarda çocuğun durumunun nasıl sonuçlandığı ile ilgili en iyi yordayıcının suçlamayan ebeveyn olduğu saptanmıştır. İstismara uğramış erkek ergenlerle yapılan bir çalışmada dayanıklılığın (resilience) en güçlü yordayıcısının, ergenin ebeveynlerinin onu önemseydiği algısı olduğu bulunmuştur. Sosyal destek ve ailenin desteğinin de sonraki özgüven ve psikopatolojiyi belirlemede en önemli etkenlerden biri olduğu görülmüştür (4). İstismara uğramış çocuğun uyumuna ebeveyn sosyal desteğinin etkisinin de çocuğun yaşının işlevlerine göre değiştiği düşünülmektedir. Çünkü ebeveynlerin daha küçük çocuklarının sosyal çevresi üzerinde doğrudan bir kontrolleri vardır ve çocuğun istismarına nasıl yanıt verdikleri daha büyük çocuk ve ergenlerinkinden daha etkilidir (Ebeveynleri, çocuğun akran grubu ve diğer erişkinlerle sosyal etkileşimini artıracak ek fırsatlar sağlayabilirler) (4). Ebeveyn desteği kadar, kardeşler, diğer aile üyeleri ve hatta aile dışı erişkinlerin itinası gelişimsel zararlardan koruyan potansiyel bir tampon niteliğindedir. Aile desteği konusu, çocuğu istismar eden kişi ebeveyn olduğunda karmaşıklaşır. Bazen çocuğu koruyucu bakıma almak gerekebilir (4).

Ebeveyn psikopatolojisinin ebeveynlik kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu da sık tekrarlanan bulgulardandır. Örneğin fizik istismara uğramış çocuklar arasındaki davranım sorunlarının ebeveyn depresyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ebeveynin ruhsal hastalıkları bakım süreçlerini ciddi anlamda kesintiye uğratır. Psikiyatrik sorunu olan ebeveynler hem kendi ihtiyaçlarını, hem de çocuklarınınkini karşılamakta güçlük çekerler. İhmal ve istismarın etkilerini araştıran 30 yıllık prospektif bir çalışmada Mc Cord (1983), istismara uğrayanlarla ilgili uzun dönemdeki olumsuz sonuçların, ebeveynlerin alkol kullanımı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (4). İstismara uğramış 7-12. sınıf arası kızlarla yapılan bir çalışmada bunların yalnızca %9'u okul performansı, gebelik öyküsü, özkıyım riski ve madde kullanımına dayanıklı bulunmuştur. Dayaniksızlığın (nonresilience) en güçlü yordayıcılarından biri de maternal alkol kullanımındır. Ebeveyn alkol kullanımı ayrıca çocukların temel ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik ve artmış çoğul istismar olasılığı ile

ilişkilidir. Alkol-madde bağımlısı olan ebeveynlerin güvenli bir ev ortamıyla birlikte sağlıklı bir çevre sağlama ve istismar ve ihmalin etkilerini tamponladığı bilinen sıcak bir bakım verme konusunda ciddi engelleri vardır (4).

### **2.6.2. Ruhsal muayene bulguları ve klinik görünüm:**

Çocuk istismarının pek çok türü kısa ve uzun dönemde depresif belirtiler, ikili ilişki sorunları, erişkin dönemde Cİ riskine açık olma, madde kullanımı, saldırganlık ve düşük okul performansı gibi pek çok sonuçla ilişkilidir (21). Davranış değişikliği ise Cİ'nin bir diğer ifade biçimidir. Çocuklar genellikle özgün stres uyaranlarına özgün olmayan yanıt verirler. Sıfır-üç yaş arası çocuklarda yeme ve uyku bozuklukları, yabancılardan korkma ve yaşına uygun olmayan cinsel oyunda bulunma görülebilir. Üç-altı yaş arası çocuklarda bebeksi konuşma, içe çekilme, enürezi, enkoprezi, yeme ve uyku bozuklukları, agresyon, boyun eğme davranışı, devamlı cinsel oyun ve sık masturbasyon görülebilir (6). Cİ'ye uğrayan çocuk ve ergenlerle yapılan pek çok çalışmada bu çocukların sıklıkla gelişimsel düzeyleri ile uygun olmayan cinsel içerikli davranışlar sergiledikleri görülmüştür. Söz konusu davranışlar arasında sık ve açıkta masturbasyon yapma, kendi cinsel organlarını sergileme, cinsel içerikli konuşmalar, cinsel organlara parmak ya da başka bir nesne sokmaya çalışmak, kişi ayırt etmeksizin sarılma ya da öpme gibi davranışlar sergilemek sayılabilmektedir. Bu tür davranışlar çocukluk çağı Cİ'nin önemli sonuçlarından ve en özgün belirleyicilerinden biridir. Böyle bir durumda hekimlerin Cİ'den şiddetle şüphelenmeleri erken tanı ve tedavi açısından önem taşımaktadır (18).

Cİ çocuk ve ergenlerde anksiyete düzeyini arttırırken bununla ilişkili olarak korkular, uyku sorunları, kâbuslar ve bedensel yakınmalar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca bu çocuk ve ergenlerde ikincil enürezi ve enkopreziden düşük benlik saygısı, özkıyım düşünceleri ve tekrarlayan özkıyım girişimlerine, yoğun suçluluk duyguları, sağlıksız yeme davranışı, fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişim problemleri, sosyal içe çekilme, kişiler arası ve yaşlılarıyla ilişkide bozulma, okul işlevlerinde gerileme, saldırganlık, öfke ve dürtü denetiminde güçlükler, evden kaçma ve kendine zarar verici davranışlar sergilemeye kadar uzanan davranışsal ve ruhsal sorunlar görülebilmektedir (8, 26, 33, 38, 39, 40).

Çocukluk çağı Cİ'nin bir sonucu olarak disosiyasyon bozukluğu ve travmatik amnezi de görülebileceği bildirilmektedir. Çocukların sanki transa geçmiş gibi bir noktaya baka kalmaları, dikkatsizlik ve yanıtızlık göstermeleri çocuklarda görülebilecek en yaygın disosiyatif belirtileri oluşturmaktadır. Disosiyasyon çocuğun istismara eşlik eden korku ve bunaltıdan kaçınmasına olanak tanımaktadır. Disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı almış

erişkinlerin %90'nın çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismara uğradıkları bildirilmektedir (8).

Bir çalışmada okul çağı çocuklarının sosyal ilişki becerilerinde eksikliklerinin olduğu, ergenlerin ise dürtüsel davranışlar ve davranım sorunları açısından risk altında olduğu belirtilmiştir. Ergenlik, kendilik bilincinde artış ile birlikte bilişsel ve pubertal değişiklikler meydana geldiği, normal gelişimsel stresörlerin arttığı bir dönemdir. Bu dönemde gelişen Cİ gibi bir atipik bir yaşam olayı, olumsuz duygulanım ve duygudurum değişkenliğinde artış ile ilişkilidir. Cİ kurbanı olan ergenlerde, çocuklardan daha fazla post travmatik stres bozukluğu (PTSB) görülmektedir (17). Cİ'ye uğramış ergenlerde ek olarak cinsel doyumsuzluk, rastgele cinsel ilişki kurma, homoseksualite ve tekrar istismara uğrama açısından riskin artması da bildirilen sorunlar arasında tanımlanmaktadır. Ayrıca cinsel aktiviteye başlama yaşının erken olması, cinsel eş sayısının fazla olması ve korunmasız cinsel ilişki yaşamak ve bunlarla ilişkili olarak ergen hamileliği de bu sorunlar arasında yer almaktadır. Ergenlerde Cİ' nin önemli sonuçlarından biri de sigara, alkol ve madde kullanımı gibi risk alıcı davranışların artmasıdır (8, 39, 41).

Cİ'nin sonuçları açısından cinsiyet farklılıkları ile ilgili yazına göre, kızlar erkeklere göre daha fazla içe yönelim belirtisi ve PTSB belirtileri göstermektedir. Cinsel davranım sorunları kızlarda daha sık bir sekil iken, erkeklerde böyle olup olmadığı net değildir. Uzamış utanç duygusunu kızlarda depresyon, erkeklerde öfke izlemektedir. Kızlarda utanç duygusu bir kuralı çiğnediklerinde ve kendilerinin veya ötekilerin beklentilerine göre yaşamadıklarında belirlemektedir. Yenilgi ve başarısızlık durumlarında kendini suçlama davranışları kızlar için daha olasıdır (17).

Cİ'ye uğrayan çocuklarda DSM-IV birinci eksen bozukluğu görülme oranı % 60'ın üzerindedir. Genel psikopatolojik durumlara ek olarak cinsel davranış ve cinsiyet rolünde bozulmalar olur. Bu tepkiler travmanın üstesinden gelmede yineleme ya da kaçınma yollarının kullanıldığı anlamına gelmektedir (2). Cİ'ye uğramış çocukların, fizik istismara uğrayan ya da istismara uğramayan popülasyona oranla daha fazla yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri gösterdiği ve kızlarda zorlayıcı düşünceler ve aşırı uyarılma erkeklerden fazla iken, kaçınmanın her iki cinste eşit olduğu belirtilmektedir (7). PTSB, Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda %44-71 oranlarında görüldüğü bildirilen ve en sık adı geçen ruhsal bozukluktur. Bazı çocuklar PTSB'nin tüm tanısal ölçütlerini karşılamasalar da; olayı yeniden yaşantılama davranışları, korku, kaygı ve konsantrasyon güçlükleri belirtileri gösterebilmektedir (8, 26). Çalışmalarda çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin dönemde PTSB belirtileri ile ilişkisi tutarlı olarak

gösterilmektedir (21). İstismara ait özelliklerin belirti çeşitliliği üzerinde farklılıklara yol açabileceği ve yine bu teoriye göre istismara ait özelliklerin niteliğine göre PTSD'nin tip 1 ve tip 2 olarak ikiye ayrıldığı öne sürülmektedir. Tip 1 PTSD: Tipik PTSD belirtilerini içerir ve bunların tek bir travmatik olayın sonucu olduğunu belirtir. Tip 2 PTSD ise, çekirdek PTSD belirtileri üzerine işlevsellik alanlarında da ciddi bozulmaları içerir (depresyon ve öğrenilmiş savunmasızlık gibi) ve kronik bir istismar sürecinin sonucu olduğunu vurgular (42). Çocukluk döneminde Cİ'nin PTSD ile ilişkisi çalışmalarda bildirilmektedir. Kompleks PTSD ise affekt regülasyonu, kendilik algısı, ötelilerle ilişkide güçlükler, disosiyatif belirtiler ve somatizasyonu da içermektedir. Çocukluk döneminde Cİ'ye uğramış kadınlarda erişkin dönemde depresyon sık görülmektedir. Çalışmalarda aile içi Cİ ile intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu da bildirilmektedir (8). Bunun dışında Cİ mağduru çocuk ve ergenlerde sıklıkla major depresyon ve anksiyete bozuklukları saptandığı ve bu bozuklukların Cİ'ye uğramış bireylerde erişkin dönemde de görülebileceği belirtilmektedir. Alkol ve madde kullanımı ve başta bulimiya olmak üzere yeme bozuklukları da Cİ kurbanı olan bireylerde görülebilen önemli ruhsal bozukluklar arasında sayılmaktadır. Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerde yukarıdakilere ek olarak görülebilecek diğer bozukluklar arasında karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu yer almaktadır (8, 26, 43, 41).

Çocukluk ve ergenlik çağında kişilik bozukluğu tanısı koyulmamakla birlikte, Cİ'ye uğrayan çocuk ve ergenlerde erişkin dönemde kişilik bozukluğu gelişme riskinin artması, Cİ'nin önemli sonuçlarından bir diğerini oluşturmaktadır. Çocukluk çağında istismara uğramış yetişkinlerde borderline, antisosyal ve paranoid kişilik bozuklukları oluşabileceği belirtilmektedir (44, 45).

Erken dönemde meydana gelen bazı Cİ olgularının sonuçları geç ergenliğe ya da genç erişkinliğe dek bulgu vermez. Gelişimin daha geç döneminde pek çok istismar kurbanı istismar edilmiş olma ile ilişkili bazı konularla (cinsel kimlik ve deneyimler, ikili ilişkiler, eş şiddeti ve ebeveyn olma gibi) tetiklenen travmanın beklenmedik şekilde ortaya çıkan etkilerini ("sleeping effect = uyku etkisi") sergileyebilir. Maternal çocukluk çağı istismarının etkilerinin kuşaklar arası geçişinin etkilerinin de bu nedenle altı çizilmektedir. Çünkü annedeki sıkıntının çocuğun fiziksel sağlığında ve bilişsel becerilerinde bozulma, anne çocuk bağlanmasında bozulma ve istismarın farklı formları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (46). Cİ'ye uğramış çocukların %40'ının çok az belirtisi vardır ya da hiç belirtisi yoktur. Bu çocukların belirtisiz oluşunun nedenleri olarak; çocuğun minör bir istismara uğramış olması, daha dayanıklı olması ve sıkıntısını maskeleyen bir başa çıkma



stiline sahip olması olasılıkları öne sürülmüştür. Bu belirtisiz çocukların %10-20'sinin 12–18 ay içinde belirti gösterir duruma geleceği ve hatta daha da kötüleşeceği tahmin edilmektedir. Dolayısıyla “uyku etkisi” kavramı “belirtisiz çocuklar tedavi alınmalı mı” ve “alınmalı ise neden?” sorularını ortaya çıkarmaktadır. Belirtisiz çocuklar aile öyküsünde madde kullanımı, ruhsal hastalık, aile içi şiddet ve diğer ailesel işlevselliği bozan durumlar için risk etkenleri açısından değerlendirilmelidir. Başka istismarlara maruz kalmayı önlemek amacıyla psiko-eğitimsel müdahaleler, duyguların netleştirilmesi ve normalize edilmesi ve ebeveynlerin eğitimi önerilmektedir (3).

Çocukluk çağı Cİ'si kişiler arası ilişkiler ve psikiyatrik açıdan bir dizi sorun ile birlikte. Sadece istismara ait özellikler hangi kurbanın daha fazla psikiyatrik sıkıntı yaşayacağını anlamakta sınırlı kalmaktadır (17). Elimizdeki mevcut veriler gençlerin önemli bir kısmının artmış psikopatoloji seviyeleri göstermediğini bildirmektedir. Gençlerde Cİ'yi izleyen uyum süreçlerine yönelik potansiyel etkenleri merak eden araştırmacılar baş etme becerileri gibi diğer bireysel farklılık yaratabilecek değişkenleri incelemeye başlamışlardır (19).

## **2.7. Başa çıkma yolları:**

Olağan savunma düzenekleri ve başa çıkma yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve böylelikle stres boyutlarını aşan bu tür sarsıcı yaşantılar kişinin ruhsal yapısı üzerinde özgül etkiler bırakır. Bu tür yaşantılar ruhsal travma olarak adlandırılır. Tek bir yaşam olayı da travmatik olabileceği gibi, çoğu psikiyatrik bozukluklarda bu tür deneyimlerin uzun süreli ve yineleyici olduğu, yıllar boyunca sürdüğü görülür. Kötüye kullanım, ruhsal travmanın insan eliyle yaratılan türlerindedir (2).

İnsanlar yaşamlarının her anında bedensel, zihinsel ve ruhsal pek çok uyararla karşı karşıya kalmaktadır. Söz konusu uyarılar, bireyin içinde bulunduğu denge, düzen ve uyum durumunu etkileyebilir. Yaşanan olay, kişiye sıkıntı verecek, yeniden uyum sağlamasını gerektirecek, alıştığı yaşam ve çözüm biçimlerini sorgulatacak ve/veya değiştirecek nitelikteyse birey, bu zorlu olayın üstesinden gelmek ve yeniden rahatlayıp uyum sağlamak için çabalayacaktır. Bu noktada stres ve başa çıkma kavramları önem kazanmaktadır. Stres ile ilgili ilk çalışmalar tıp alanında başlamış, çeşitli davranışsal ve psikolojik sorunların ortaya çıkmasında, sürmesinde stresli yaşam olaylarının etkin bir neden olarak tartışılmaya başlanması ile pek çok araştırmacı konuya ilgi göstermiş ve farklı tanımlamalar yapılmıştır. Folkman ve Lazarus (1985) tarafından geliştirilen tanımlamaya göre stres, bireyin huzur ya

da genel iyilik durumu ile ilgili değerlendirdiği ve/veya kaynaklarını aşan veya zorlayan “kişi-çevre etkileşimi” sonucunda yaşanmaktadır. Başa ıkma ise bireyin i ve dış dünyanın yarattığı gereksinim ve zorlukları gidermek, onları kontrol altında tutmak, gerginlikleri azaltmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalar dır (5).

Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen bilişsel stres ve başa çıkma kuramında bilişsel değerlendirme ve başa çıkma olarak iki süreç varsayılmaktadır. Bu süreçler, stres ve stresle ilgili uyumsal sonuçların aracılardır (5). Birincil değerlendirmede birey, karşılaşılan durumda kendine ait herhangi bir Şeyin tehlike altında olup olmadığını değerlendirir. Birincil değerlendirmeler, durumsal etkenlerden etkilenmektedir. Zarar ya da tehdidin doğası, olayın bildik ya da yeni bir olay olması, olayın nasıl meydana geldiği, olayın meydana geldiği zaman ve beklenen sonuca ilişkin durumlar bu etkenler arasında sayılabilir. Ayrıca bireyin, kendisi ve dünya hakkındaki inançları, değerleri, yükümlülükleri ve hedefleri gibi bir dizi bireysel özellikler de birincil değerlendirme üzerinde etkili olmaktadır (5). Bireyin sahip olduğu başa çıkma kaynakları ve seçeneklerinin değerlendirilmesi, ikincil değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Birey burada “Ne yapabilirim?” sorusunun yanıtını bulmakta ve karşılaşılan olayın birincil değerlendirmesi birey için önemli olduğunda ortaya çıkmaktadır. Yani birey, zararın önlenmesi, üstesinden gelinmesi ya da eğer mümkünse bunların olumlu yönde geliştirilmesi için neler yapılabileceğini değerlendirmektedir. Bir başka ifadeyle, ikincil değerlendirme sırasında birey, sahip olduğu fiziksel (bireyin sağlığı, enerjisi ve dayanma gücü vb.), sosyal (somut ve duygusal destek), psikolojik (inançlar, problem çözme becerileri, benlik saygısı, ahlaki değerler vb.) ve maddi (para, aletler vb.) başa çıkma kaynaklarının değerlendirmesini yapar. Birey karşılaştığı durum için en uygun başa çıkma davranışını belirleyerek stresin üstesinden gelebilmek için söz konusu davranışı uygulamaya başlar (5).

Bilişsel süreçlerin önemini vurgulayan Lazarus ve Folkman (1984) stresle başa çıkmayı bireyin kaynaklarını tüketicisi ve aşırısı derecede zorlayıcı olarak değerlendirdiği içsel ya da dışsal talepleri idare edebilme süreci olarak görmektedirler. Bu modelde dört temel kavram bulunmaktadır:

- 1) Başa ıkma birey ile çevresi arasında süre giden karmaşık bir etkileşimdir.
- 2) Başa ıkma yok etme/yenme yerine yönetim ile ilişkilidir. Her sorunun üstesinden gelinemez, her sorun yok edilemez. nemli olan sorunu ortadan kaldırmak değil onunla baş edebilmektir.

3) Bir durum birey için stres yaratan bir durum olarak değerlendiriliyorsa, o durum stres yaratan olmaktadır. Durumun değerlendirilmesinde durumsal/dışsal ve kişisel/içsel etkenler önemlidir.

4) Başa çıkma, çaba gösterme demektir ve olası stres yaratıcı durumu sahip olduğu kaynakları tüketen ya da aşırı derecede zorlayan olarak değerlendiren bireyin içsel ve dışsal talepleri yönetmeye ilişkin bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (47).

Stres ve başa çıkma ile ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalarda birçok araştırmacı başa çıkma davranışının temel boyutlarını tanımlamaya ve değerlendirmeye çalışmıştır. Yapılan faktör analizlerinde, başa çıkma davranışları farklı adlandırılmış olsa da benzer faktör yapılarının ortaya çıktığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarla ortaya konan genel başa çıkma kategorileri; problem odaklı başa çıkma - duygu odaklı başa çıkma, yaklaşma - kaçınma, ilgilenme – ilgilenmeme (disengagement), problemi ele alma – uzaklaşma ve stres verici durumun tehdidini azaltmak üzere yeniden değerlendirme olarak bildirilmektedir (5). Araştırmacılara göre başa çıkmanın işlevi genel olarak bireyi ya da ailesini olumsuz fiziksel ya da psikolojik sonuçlardan korumaktır. Aldwin, Folkman ve Lazarus (1976), başa çıkmanın sıkıntıya yol açan sorunun ele alınması (problem odaklı başa çıkma) ve duyguların düzenlenmesi (duygu odaklı başa çıkma) gibi iki önemli işleve sahip olduğunu belirtmektedir (5). Problem odaklı başa çıkma; sorunlu insan-çevre ilişkisinin, problem çözme, karar oluşturma ve/ya da hareket yoluyla kontrol edilmesi için kullanılır. Böylece sıkıntıya neden olan problemlerle başa çıkmak amaçlanmaktadır. Problem odaklı başa çıkma, gereksinimlerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve/ya da gereksinimlerle başa çıkmak için kaynakların artırılmasına yönelik doğrudan eylemler biçiminde olabileceği gibi çevreye de yönelik olabilir. Problem odaklı başa çıkma davranışları, durumu değiştirmek için baskın olmaya yönelik doğrudan çabalar şeklinde olabileceği gibi, sorunun çözümüne yönelik serinkanlı, mantıklı ve incelikli çabalar şeklinde de olabilir. Duygu odaklı başa çıkma ise, duyguların ya da sıkıntının düzenlenmesini, karşılaşılan gereksinimlerin sonucu olarak hissedilen gerginliğin azaltılmasını amaçlar. Kendini kontrol altına alma, sosyal destek arama, kaçınma sakınma, sorumluluğu kabullenme ve olumlu değerlendirmeler duygu odaklı başa çıkma çabaları içerisinde yer almaktadır (5). Genel olarak problem odaklı başa çıkmanın, duygu odaklı başa çıkmaya göre ruh sağlığı ile olumlu ilişkisinin daha güçlü olduğu çeşitli araştırmalarla desteklense de, kimi araştırmalarda tersi sonuçlara da rastlanmaktadır. Özetle hiçbir başa çıkma örüntüsü özünde iyi ya da kötü değildir, ancak durumun gerektirdiği başa çıkma ile kişinin kullandığı başa çıkmanın uygunluğuna bağlı olarak, iyi ya da kötü sonuçlara neden olmaktadır. En uygun başa çıkma dağarcığı, hem

duygu hem problem odaklı başa çıkma örüntülerinin birleşiminden oluşmaktadır. Ancak birey karşılaştığı durumda duygusal dengesini yeniden sağlamak için duygu odaklı başa çıkmaları kullanır ve problem odaklı başa çıkmaları kullanmazsa, ortaya olumsuz psikolojik sonuçlar çıkacaktır (5).

Başta çıkma, genellikle bireyin yeterlilikleri dahilinde, sorunları ele almak için iyi bir yöntem olarak anlaşılmaktadır ve kaynakların, zorluklarla başa çıkmada kullanılmasını gerektirmektedir. Kişilerarası problemlere alternatif çözümler üretme yeteneği, problem çözmenin önemli bir parçasıdır ve çocuk ve ergenlerdeki davranışsal uyumla da yakından ilişkilidir. Duygusal ve davranışsal problemleri olan ergenlerin yaşitlarına oranla alternatif çözümleri daha az ürettikleri, duygu odaklı başa çıkmaları daha çok kullandıkları ve stresli yaşam olayının olumsuz etkilerinden daha fazla etkilendikleri bildirilmektedir (5).

Anne babaların çocuk ve ergene yönelik tutumunun başta çıkma davranışlarının oluşumunda çok önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Aile içi bağlılığın hissedildiği ve çatışmanın daha az olduğu ailelerde, çocuğa destek ve güven hissi sağlanması ile kendilerini güvenli hisseden çocuklar çevreleri ile girdikleri etkileşimlerde daha aktif olacaklardır. Aksine, kendilerini çok güvenli hissetmeyen çocuklar ise stresli durumları daha tehlikeli algılayacak ve kaçınmacı başta çıkmaları daha çok kullanacaktır. Aktif bir şekilde keşfeden ve uyumlu çözümler üreten ana-babalar, ergenlere aktif başta çıkma için model olurken; katı ya da pasif başta çıkmacı ana-babalar ergenlere bu yönde model oluşturacaktır (5).

Yaşanacak stresin şiddeti çocuğun yaşına, yetersizliğin türüne ve şiddetine, sosyal beklentilere çocuğun ne kadar yanıt verebildiğine ve ana-babaların stresörleri nasıl algılayıp, değerlendirdiğine ve nasıl bir başta çıkma mekanizması kullandıklarına bağlıdır. Aileler çocuklarının bakım talepleriyle ne kadar iyi başta çıkabilirlerse, çocuklarının gereksinimlerine de o kadar katkıda bulunacaklardır. Ailelerin yetersizliği olan çocuklarının başarılı şekilde uyum yapabilmeleri için, çocuklarının gereksinimleriyle etkili şekilde başta çıkabilmelerinin yanı sıra yetersizliğin neden olduğu aile işlevleriyle ilgili yaşanan sorunları çözümlenmelerine yardımcı olacak destek hizmetlerine de sahip olmaları gerekmektedir (47).

Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile üyelerinin ruhsal süreçlerini etkilerken, bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işleyiş tarzını etkilemektedir. Bireye ait sorunlu süreçler aileyi harekete geçirdiğinde, sağlıklı işlev gören bir aile, bu yeni duruma uygun rol ve kural değişikliklerini sağlayarak sorunla başta çıkabilmektedir. Aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, soruna odaklı başta çıkma yollarını

kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir (48). Aile işlevlerinin (yapısal ve örgütsel niteliklerinin ve aile içi ilişki ve etkileşimin) sağlıklı/sağlıksız olarak belirlenmesi bu nedenle önemlidir.

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.ÖRNEKLEM:**

Çalışmanın örneklemini 1 Ağustos 2007- 31 Temmuz 2008 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine (DEÜTF ÇERSH Polikliniği) ilk kez başvuran, DSM IV tanı ölçütlerine göre çocuğun cinsel kötüye kullanımı tanısı alan 11–18 yaş arası 34’ü kız, 8’i erkek toplam 42 olgu oluşturmaktadır.

Kırk iki olgunun dördü dışlanma ölçütü nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Yedi olgu polikliniğe ilk gelişlerinden sonraki kontrol randevularına gelmedi ve sonrasında kendilerine ulaşamadı. Bu nedenle bu 7 olguya ait sosyodemografik veri formu haricinde diğer çalışma formları doldurulamamıştır. Sonuç olarak 24’ü kız, 7’si erkek toplam 31 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen tüm olgular formları eksiksiz doldurmuş, yalnızca bir olgunun anne ve babasının nerede yaşadığı bilinmediğinden bu olguya ait anne baba formları doldurulamamıştır.

#### **3.2.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ:**

1 Ağustos 2007- 31 Temmuz 2008 tarihleri arasında DEÜTF ÇERSH Polikliniğine cinsel istismar yakınması ile başvuran ve DSM IV tanı ölçütlerine göre çocuğun cinsel kötüye kullanımı tanısı alan 11 -18 yaş arası kız ve erkek olgular çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **3.3. ÇALIŞMADAN DIŞLANMA ÖLÇÜTLERİ:**

Son 6 ay içinde psikiyatrik yardım almış olan olgular araştırmaya dâhil edilmemiştir.

#### **3.4. KONTROL GRUBU:**

Kontrol grubu, pediatri polikliniğine kronik hastalık dışı nedenlerle (üst solunum yolu enfeksiyonu v.b) başvuran 47’si kız, 14’ü erkek 61 sağlıklı ergenden oluşmaktadır. Her iki

grup yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiştir. Her bir olguya karşılık iki kontrol olgusu alınmıştır.

### **3.5. GEREÇLER**

#### **3.5.1. Sosyo-demografik Veri Formu**

Hem olgu, hem de kontrol grubuna ait sosyo-demografik verileri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından düzenlenmiş bir formdur. Olgu grubunun veri formunda ek olarak istismara ait sorular bulunmaktadır. Araştırmaya katılan çocuğun yaşı, cinsiyeti, okul bilgileri, kaç kardeş ve kaçınıcı çocuk olduğu, daha önceden fiziksel ya da zihinsel bir hastalığı olup olmadığı, kimlerle yaşadığı yanı sıra; anne ve babasıyla ilgili olarak öz ya da üvey oluşu, eğitimi, ruhsal hastalıkları, mesleği ve alışkanlıkları, ebeveyn yokluğunun olup olmadığı, kardeşlerde ruhsal ya da bedensel hastalık varlığı, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, ailede marital sorun, şiddet veya ailede cinsel örselenme öyküsünün ve ailenin sosyal çevre desteğinin olup olmadığı sorulmuştur. Olgu grubunda istismara ait özellikler olan ilk bildirenin kim olduğu ve olguyu kimin gönderdiği, istismarın başlama ve bitiş yaşı, süresi, sıklığı, ilk olarak nerede açıklandığı ve türü, istismarcının aile içinden ya da dışından biri mi olduğu, yaşı ve cinsiyeti ile zorlama ya da fizik istismarın eşlik edip etmediği sorulmuştur.

#### **3.5.2. Weschler Çocuklar için Zeka Ölçeği (Weschler Intelligence Scale for Children – Revised: WISC-R) ya da Weschler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (Weschler Adult Intelligence Scale: WAIS)**

1949 yılında David Weschler tarafından geliştirilmiş, 6–16 yaşlarındaki çocuklar için WISC (Weschler Çocuklar için Zeka Ölçeği) hazırlanmıştır. Bu ölçek 1974 yılında gözden geçirilmiş ve standardizasyonu yapılmış böylece WISC- R (Revised) ortaya çıkmıştır. Test sözel ve performans becerilerini içeren 12 alt testten oluşur. WAIS ise 1955 yılında David Weschler tarafından oluşturulmuştur. Wechsler-Bellevue Zeka Ölçeği Form I'in yeniden düzenlenmiş formudur. 16 yaş ve üstü bireyler için kullanılmaktadır. Sözel ve performans becerilerini ölçen 11 adet alt testten oluşmaktadır. Değerlendirilmesi sonucu sözel, performans ve toplam zeka puanları elde edilir. Testin uygulama süresi yaklaşık 70–90 dakika sürmektedir (49).

### **3.5.3. Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS P-L)**

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu, 6–18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukları DSM-III-R ve DSM-IV’e göre taramak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir. K-SADS-P-L ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar anne babadan ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek klinik tanı koyulmaktadır. Ölçeğin tarama bölümünde çocukluk ve ergenlik döneminde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0–3 puan arasında değerlendirilmektedir. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı ek sorular sorulmakta ve sonuçta DSM-III-R ya da DSM-IV’e göre tanı koyulmaktadır.

K-SADS-P-L duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu, enürezis, enkoprezis, yeme bozuklukları, tik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluklarını taramaktadır. K-SADS-PL için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek ile yapılan görüşme ile koyulan tanıların geçerliğinin dışı atım bozuklukları açısından çok iyi, DEHB ve tik bozukluğu için iyi, duygulanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve KOKGB için ise orta derecede olduğu gözlenmiştir. (50)

### **3.5.4. Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği - Erişkin Formu (SBÖ) (Ways of Coping Inventory)**

Şahin N.H. ve arkadaşlarının (1992) Folkman S. ve Lazarus R.S’ un 1980’de geliştirdiği Stresle Baş Etme Yolları envanteri’nden hareketle oluşturdukları SBÖ 30 maddeden oluşmaktadır. Bu 30 madde 5 alt birime ayrılmıştır. Bunlar; kendine güvenli yaklaşım alt birimi, çaresiz yaklaşım alt birimi, iyimser yaklaşım alt birimi, sosyal destek arama alt birimi ve boyun eğici yaklaşım alt birimidir. Alt ölçeklerden “kendine güvenli yaklaşım” 7 (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), “iyimser yaklaşım” 5 (2, 4, 6, 12, 18), “çaresiz/ kendini suçlayıcı yaklaşım” 8 (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), “boyun eğici yaklaşım” 6 (5, 13, 15, 17, 21, 24) ve “sosyal destek arama” 4 (1, 9, 29, 30) maddeden oluşmaktadır. Her bir alt ölçekten alınan puan toplamı alt ölçek madde sayısına bölünerek alt ölçek ağırlıklı puanı elde edilir.

Her bir madde cevaplandırılırken “sizi ne kadar tanımlıyor, ya da ne kadar uygun?” sorusuna verilen cevaplardan %0’a 0, %30’a 1, %70’e 2 ve %100’e 3 puan verilir (51).

### **3.5.5. Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği - Ergen Formu (SBYÖ) (Ways of Coping Checklist):**

Stresle Başa Çıkma Yolları Ölçeği Folkman S. tarafından 1986 yılında geliştirilmiş ve ölçeğin Türkçe uyarlaması 1991 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiştir. Oral 1994 yılında ölçeğin Türkçe formunu ergen örnekleme uyarlamış ancak 2 maddeyi bu örneklem için açık olmadıkları gerekçesi ile değiştirmiştir. SBYÖ 74 maddeden oluşmaktadır. Bu 74 madde 8 alt birime ayrılmıştır. Bunlar; aktif başa çıkma alt birimi, sosyal destek arama alt birimi, çaresiz yaklaşım alt birimi, iyimser yaklaşım alt birimi, geri çekilme alt birimi, kendini suçlama alt birimi, doğüstü güçlere inanma alt birimi ve alınyazısına sığınma alt birimidir.

**Aktif Başa Çıkma (ABC):** Bireyin, stresli bir durumda ne olup bittiğini anlamak için sorunu enine boyuna düşünmesi, çözüm yollarını gözden geçirmesi ve sorunlu ilişkisini değiştirmek için mücadele etmesine yönelik problem çözme davranışlarını (olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım gibi) içerir. Madde numaraları: 10, 13, 19, 22, 31, 35, 39, 41, 44, 45, 48, 49, 52, 58, 65, 68, 70, 73, 74’dür.

**Alın Yazısına Sığınma (AYS):** Bireyin, stresli bir durumda sorumluluğu kadere ve alınyazısına yükleyerek durumu kabullenmesini içeren bir yaklaşımdır. Madde numaraları: 18, 23, 26, 34, 40, 43, 61, 67’dir.

**Sosyal Destek Arama (SDA):** Bir davranış olarak, bireyin yakın çevresinden (aile ve arkadaşlar gibi) yardım istemesi ve diğerlerinin vereceği desteği kabul etmesiyle ilgili ifadeleri içerir. Madde numaraları: 2, 6, 11, 14, 25, 30, 33, 38, 42, 47, 62, 69’dur.

**Çaresiz Yaklaşım (ÇY):** Stresli durumlarda bireyin kendini çaresiz hissetmesi ve başka insanlarla sorunlarını ve duygularını paylaşarak yardım almaya hazır olup olmadığını belirlemeye yönelik ifadeleri içermektedir. Madde numaraları: 3, 9, 20, 21, 29, 46, 50, 63, 66, 72’dir.

**İyimser Yaklaşım (İY):** Stres yaşantısı karşısında, iyimserliğini sürdürmesine ve olumsuz yaşam koşullarını bir deneyim olarak değerlendirmesine yönelik çabalardan oluşur. Madde numaraları: 4, 7, 8, 15, 16, 28’dir.

**Geri Çekilme (GÇ):** Bir davranış biçimi olarak kaçınma, bireyin kendini gerçek tehdit tehlikesinin varlığından uzaklaştırmasıdır. Bireyin yaşamında ortaya çıkan stresör



karşısında yapacağı eylemleri veya başa çıkmayı ertelemesini içeren maddelerden oluşmaktadır. Madde numaraları: 12, 24, 27, 32, 36, 37, 53'dür.

**Kendini Suçlama (KS):** Bireyin kendini suçlaması, engellenme ile oluşan kızgınlık duygularının anlatım bulamadığı durumlarda, bu duyguların oluşmasına neden olan nesneye yöneltmek yerine, kızgınlığın içe döndürülmesidir. Olaylar karşısında sürekli kendini suçlayan birey sorunlarla başa çıkmada pasif bir tutum içine girer. Bu alt ölçekte, bireylerin yaşantılarından kendini ne denli sorumlu gördükleri ve kendilerine yükledikleri olumsuz eleştiriler yer almaktadır. Madde numaraları: 51, 60, 71'dir.

**Doğüstü Güçlere Sığınma (DGS):** Stresör karşısında aktif adımlar atmak yerine, doğüstü güçlerin yardımını dilemeyi içeren maddelerdir. Madde numaraları: 54, 55, 57, 64'dür.

Her bir madde 'hiçbir zaman', 'bazen', 'sık sık' ve 'her zaman' olarak işaretlenmektedir. SBYÖ'nün hesaplanmasında, tüm alt ölçekler birbirinden bağımsız olarak ele alınmaktadır. Ölçekten toplam puan elde edilememekte olup, bütün maddelerin puanlaması 3'den 0'a doğru olmaktadır. Buna göre "hiçbir zaman" ifadesi 0, "bazen" ifadesi " 1, "sık sık" ifadesi 2, "her zaman" ifadesi ise 3 olarak değerlendirilmektedir. Her alt ölçek için alınan puanların fazlalığı ilgili başa çıkma davranışlarının fazla kullanıldığına işaret etmektedir (52).

### 3.5.6. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):

ADÖ 60 cümleden oluşmaktadır. Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır (51). ADÖ puanları 1 (sağlıklı) ile 4 (sağsız) arasında değişmektedir. Her alt ölçek için hesaplanan puan ortalamaları 4'e yaklaştıkça o işlev açısından sağsızlığın arttığı, ölçeğin herhangi bir boyutundan alınan puanların ortalamasının 2 ve üzerinde olduğu durumlar, o işlevde sağsızlık olduğunu göstermektedir (52, 53). "Aynen katılıyorum" için bir (1) puan, "büyük ölçüde katılıyorum" için iki (2) puan, "biraz katılıyorum" için üç (3) puan ve "hiç katılmıyorum" için dört (4) puan verilir. Ölçeğin alt maddelerindeki bazı cümleler ters olarak puanlanmaktadır (53).

ADÖ, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır. Ölçek, Bulut (1993) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile Türkçe' ye kazandırılmıştır. ADÖ, McMaster Aile İşlevleri Modelinin (McMaster Model of Family Functioning) klinik olarak aileler üzerine uygulanması ile elde edilmiştir. ADÖ yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar McMaster Model'in alt boyutları olup aile işlevlerindeki her bir sorun alanını tek tek ele alan, bir tanesi de genel işlevler

üzerinde odaklanan toplam 60 sorudan oluşmaktadır (54). Bu alt ölçekler, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir (53).

**"Problem Çözme" (ADÖ 1):** Ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları ailenin işlevselliğini sürdüreceği düzeyde çözebilme yeteneğine işaret etmektedir (48).

**"İletişim" (ADÖ 2):** Aile bireyleri arasında bilginin değişimi olarak tanımlanır, mesajın içeriği ve kimin amaçlandığı ile ilgili olarak sözel mesajın açık ve doğrudan olup olmadığına odaklanır (48).

**"Roller" (ADÖ 3):** Ailenin farklı aile görevlerini ele alışlarını ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve yerine getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerilerine ilişkindir (48).

**"Duygusal Tepki Verebilme" (ADÖ 4):** Aile bireylerinin duygularını açıkça ifade edip edemediğini değerlendirir (48).

**"Gerekten İlgiyi Gösterme" (ADÖ 5):** Aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karışma boyutu ile ilgilendirir (48).

**"Davranış Kontrolü" (ADÖ 6):** Bir ailenin bireylerinin davranış standartlarının belirleme ve sürdürme yollarını değerlendirir (48).

**"Genel İşlevler" (ADÖ 7):** Ailenin önceki tüm alanlardaki genel işlevselliğini değerlendirir. Aile bireyleri her maddenin ailelerini ne kadar tanımladığını 4 puanlı ölçekte derecelendirir. Her bir ölçek puanındaki artma işlevsellikte daha çok bozulmayı gösterir (48).

### **3.5.7. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument: PARI)**

1958 yılında Schoefer ve Bell tarafından ABD’de geliştirilmiştir. Test Le Compte ve arkadaşları tarafından 1978 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. Türkiye koşullarına uygun olarak yeniden düzenlenen testte 60 madde ve 5 alt ölçek bulunmaktadır (54). Annelerin PARI’ye verdikleri cevaplar beş ayrı boyutta değerlendirilmektedir. Bu boyutlar: Aşırı Annelik Boyutu, Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Boyutu, Ev Kadınlığını Reddetme Boyutu, Eşlerin Geçimsizliği Boyutu, Baskı ve Disiplin Boyutu şeklinde ele alınmaktadır (55). Ölçeğin değerlendirilmesi; “uygun buluyorum” için (4), “oldukça uygun buluyorum” için (3), “biraz uygun buluyorum” için (2) ve “hiç uygun bulmuyorum” için (1) şeklindedir. Ölçekte, 2, 29 ve 44. maddeler tersine kodlanmaktadır. “Demokratik tutum ve eşitlik tanıma” boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı olumsuz ana baba tutumlarına işaret

etmektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir (58).

**Aşırı Koruyucu Annelik (PARI 1):** Çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisini etkilemektedir. Aşırı koruyucu annelik düzeyi azaldıkça çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisi puan ortalaması da yükselmektedir (56).

**Demokratik Ana Baba Tutumu (PARI 2):** Çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisini etkilemektedir. Demokratik davranma düzeyi arttıkça çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisi puan ortalaması da yükselmektedir (56).

**Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme (PARI 3):** Çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisini etkilemektedir. Ev kadınlığı rolünü reddetme düzeyi azaldıkça çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisi puan ortalamaları da yükselmektedir (56).

**Aile İçi Geçimsizlik (PARI 4):** Çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisini etkilemektedir. Geçimsizlik arttıkça çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisi puan ortalamaları da düşmektedir (56).

**Baskı-Disiplin (PARI 5):** Çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisi puan ortalamalarını etkilemektedir. Baskı-disiplin azaldıkça çocukların psikososyal temelli problem çözme becerisi puan ortalamaları yükselmektedir (56).

### **3.6. GEREÇLERİN UYGULANIŞI:**

Belirtilen tarihler arasında DEÜTF ÇERESH Polikliniğine cinsel istismar yakınması ile başvuran 11–18 yaş arası kız ve erkek olgular ile görüşme yapılmış; her birine ait sosyo-demografik veri formu doldurulmuş ve KSADS ile tanılarına ulaşılmıştır. Görüşmenin ardından ergenlerden SBYÖ ve ADÖ, annelerinden ise SBÖ ve PARI formlarını doldurmaları istenmiş; ayrıca olguların WISC-R ya da WAIS ile zekâ düzeyleri belirlenmiştir.

Aynı tarihler arasında yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilen kontrol grubu ile de görüşülmüş; sosyo-demografik veri formu doldurulmuş ve herhangi bir psikiyatrik tanı alıp almadıkları KSADS ile belirlenmiştir. Ardından WISC-R ya da WAIS görüşmelerine alınmıştır. Hem kontrol grubu hem de annelerinden, olgu grubu ve annelerinin doldurdukları ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

### **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ:**

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel açıdan değerlendirilmesinde SPSS WINDOWS 15. 0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesi için ki-kare, nicel değişkenlerin değerlendirilmesi için independent sample t test kullanılmıştır. Ayrıca verilerin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. BULGULAR

#### 4.1. Sosyo-demografik bulgular

##### 4.1.1. Olgu ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik bulgular

Olgu ve kontrol gruplarına ait sosyo-demografik bulgular Tablo 1’de gösterilmektedir.

**Tablo 1: Olgu ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik bulgular**

	<b>Olgu (%)</b>	<b>Kontrol (%)</b>	<b>X<sup>2</sup> - t</b>	<b>p değeri</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	24 (77,4)	47 (77)	0,9*	1,00
Erkek	7 (22,6)	14 (23)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Yaş</b>				
Yaş aralığı	11–17	11–17	0.8 *	0,93
Ortalama (SD)	14,1 (±1,97)	13,8 (±1,80)		
<b>Okul durumu</b>				
Okula gidiyor	24 (77,4)	60 (98,4)	11,3 <sup>&amp;</sup>	<b>0,001</b>
Okula gitmiyor	7 (22,6)	1 (1,6)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Aile öyküsü</b>				
Çekirdek aile	26 (86,7)	54 (91,5)	0,5 <sup>&amp;</sup>	0,47
Boşanmış/ana-babaayrı	5 (13,3)	5 (11,5)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Kardeş sayısı</b>				
Ortalama (SD)	3,3 (±2,7)	2,2 (±0,8)	3*	<b>0,003</b>
<b>Kaçıncı çocuk</b>				
Ortalama (SD)	2,4 (± 2,3)	1,6 (±0,8)	2,5*	<b>0,01</b>
<b>Fiziksel hastalık</b>				
Var	3 (9,7)	0 (0)	0,01 <sup>&amp;</sup>	<b>0,03</b>
Yok	28 (90,3)	61 (100)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Nerede yaşadığı</b>				
Ailesinin yanı	25 (80,6)	54 (88,5)	0,3 <sup>&amp;</sup>	0,35
Akraba ya da kurum	6 (19,4)	7 (11,5)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>WISCR ya da WAIS</b>				
Normal	12 (%38,7)	40 (%65,6)	6,0 <sup>&amp;</sup>	<b>0,01</b>
Normalin altı	19 (%61,3)	21 (%34,4)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		

\* İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi); & ki kare değeri  
İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu renkle belirtilmiştir

Olgular 11- 17 yaş arası kız ve erkekten oluşmakta olup, 30’u (%78,9) kız, 8’i (%21,1) erkektir. Ortalama (SD) yaşları 14,1 (1,9) yıldır. Bu 38 olgunun 7’si polikliniğe ilk gelişlerinden sonraki kontrol randevularına gelmedikleri için ölçümlere dahil edilememişlerdir. Polikliniğe devam eden ve tanı görüşmesi yapıp, ölçükleri doldurabilen

31 olgunun 24'ü (%77,4) kız, 7'si (22,6) erkektir. Kontrol grubu ise 11- 17 yaş arası kız ve erkekten oluşmaktadır. Kontrol grubununun 47'si (%77) kız, 14'ü (%23) erkektir. Ortalama (SD) yaşları 13,8 (1,8) yıldır. Olgu ve kontrol grupları içerisinde kız ve erkek cinsiyetin dağılımı ve yaş ortalamaları açısından istatistik olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ).

Okula gitmeme oranı ise olgu grubunda (%22,6), kontrol grubundan (%1,6) istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,002$ ).

Kardeş sayısı ve ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu yönünden her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ( $p=0,003$ ). Olgu grubunda kardeş sayısı 3,3 ve kontrol grubunda 2,2 olarak belirlenirken; ailenin 2,4. çocuğu olan olgu grubu ile 1,6. çocuğu olan kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklı saptanmıştı ( $p=0,001$ ).

Fiziksel hastalık olgu grubunda (%9,7) kontrol grubundan (%0) daha fazlaydı ( $p=0,03$ ).

Yaşadıkları yer ise hem olgu (%80,6) hem de kontrol grubunda (%88,5) ailelerinin yanı idi ve iki grup arasında yaşanan yer yönünden istatistik olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0,05$ ).

WISC-R değerleri iki grup arasında farklı idi. Olgu grubunun %61,3'ünde WISC-R değeri normalin altında iken; kontrol grubunun %65,6'sında normal WISC-R puanı tespit edilmişti ( $p=0,001$ ).

#### **4.1.2. Aile özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular**

##### **4.1.2.1. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin özelliklerine ait bulgular**

Annelerin özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular Tablo 2'de gösterilmektedir

**Tablo 2: Anne özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular**

	Olgu (%)	Kontrol (%)	X <sup>2</sup> / t	p değeri
<b>Anne</b>				
Öz	29(93,5)	60(98,4)	1,5 <sup>&amp;</sup>	0,26
Üvey	2 (6,5)	1 (1,6)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Anne yaşı</b>				
Ortalama (SD)	38,0 (±6,2)	39,64 (±4,9)	—1,3 <sup>*</sup>	0.19
<b>Anne eğitimi</b>				
Yüksek	5(16,1)	30(49,2)	9,5 <sup>&amp;</sup>	<b>0.002</b>
Düşük	26(83,9)	31(50,8)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Annede ruhsal hastalık</b>				
Var	10 (32,3)	10 (16,4)	3,0 <sup>&amp;</sup>	0.08
Yok	21(67,7)	51 (83,6)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Anne işi</b>				
Çalışmıyor	16 (51,6)	30 (49,2)	0,04 <sup>&amp;</sup>	0,8
Çalışıyor	15 (48,4)	31 (50,8)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Anne alkol kullanımı</b>				
Var	1 (3,2)	2 (3,3)	0,0 <sup>&amp;</sup>	1
Yok	30 (96,8)	59 (96,7)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		

\* İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi); & ki kare değeri İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu renkle belirtilmiştir

Anne eğitim düzeyi olgu ve kontrol grubunda farklıydı. Olgu grubunda annelerin %16,1'i okur-yazar değil ve %64,5'u ilkokul mezunu iken, kontrol grubundaki annelerde lise ve üniversite mezunu olma oranı %41, ilkokul mezunu olma oranı %45,9'du. Annelerin eğitim düzeyi yüksek (ortaokul ve üzeri) ve düşük (ilkokul ve altı) olarak gruplandırıldığında, olgu grubunda eğitim düzeyi düşüklüğü açısından kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (**p=0,002**).

Anne eğitimi dışındaki anne ile ilgili değişkenler olan öz ya da üvey anne olması, yaşı, ruhsal hastalık varlığı, çalışıp çalışmadığı ve alkol kullanımını açısından olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

#### 4.1.2.2. Olgu ve kontrol grubundaki babaların özelliklerine ait bulgular

Olgu ve kontrol grubundaki babaların özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular Tablo 3'de gösterilmektedir.

**Tablo 3: Baba özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular**

	<b>Olgu (%)</b>	<b>Kontrol (%)</b>	<b>X<sup>2</sup>/ t</b>	<b>p değeri</b>
<b>Baba</b>				
Öz	30 (96,8)	59 (96,7)	0,0 <sup>&amp;</sup>	1
Üvey	1 (3,2)	2 (3,3)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Baba yaşı</b>				
Ortalama (SD)	44,9 (± 8,0)	44,4 (± 6,0)	2,3 <sup>*</sup>	0.12
<b>Baba eğitimi</b>				
Yüksek	12 (38,7)	34(55,79)	0,1 <sup>&amp;</sup>	0.18
Düşük	19(61,3)	27 (44,3)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Babada ruhsal hastalık</b>				
Var	6 (19,4)	7 (11,5)	1.0 <sup>&amp;</sup>	0.3
Yok	25(80,6)	54(88,5)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Baba işi</b>				
Çalışmıyor	2 (6,5)	2 (3,3)	0.4 <sup>&amp;</sup>	0,6
Çalışıyor	29(93,5)	59(96,7)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Baba alkol kullanımı</b>				
Var	11 (35,5)	10 (16,4)	4,2 <sup>&amp;</sup>	<b>0,03</b>
Yok	20 (64,5)	51 (83,6)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		

\* İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi); & ki kare değeri İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu renkle belirtilmiştir

Olgu ve kontrol grupları babalarla ilgili değişkenler yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan tek değişkenin baba alkol kullanımı olduğu tespit edildi. Olgu grubundaki babaların %35,5'inde düzenli alkol kullanımı varken, kontrol grubunda bu oran %16,4'dü (**p=0,03**).

Baba alkol kullanımı dışındaki değişkenler olan öz ya da üvey baba olması, yaşı, eğitimi, ruhsal hastalık varlığı ve çalışıp çalışmaması yönünden olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).



#### 4.1.2.3. Olgu ve kontrol grubu ailelerinin özelliklerine ait bulgular

Aile özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular Tablo 4'de gösterilmektedir.

**Tablo 4: Aile özelliklerine ait sosyo-demografik bulgular**

	Olgu (%)	Kontrol (%)	X <sup>2</sup>	p değeri
<b>Bir ya da iki ebeveynin yokluğu</b>				
Her iki ebeveyn de var	23 (74,2)	53 (86,9)	2,3 &	0,12
Herhangi biri ya da ikisi yok	8 (25,8)	8 (13,1)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>SED</b>				
Yüksek	2 (6,5)	10 (16,4)	1,7 &	0,3
Düşük	29 (93,5)	51 (83,6)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Marital sorun</b>				
Var	15 (48,4)	11 (18)	9,3 &	<b>0,002</b>
Yok	16 (51,6)	50 (82)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Aile içi şiddet</b>				
Var	11 (35,5)	5 (8,2)	10,6 &	<b>0,001</b>
Yok	20 (64,5)	56 (91,8)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Ailede Cİ</b>				
Var	9 (29)	4 (6,6)	8,5 &	<b>0,008</b>
Yok	22 (71)	57 (93,4)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Ailenin sosyal çevre desteği</b>				
Var	17 (54,8)	45 (73,8)	3,3 &	0,06
Yok	14 (45,2)	16 (26,2)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Kardeşlerde ruhsal hastalık</b>				
Var	9 (29)	8 (13,1)	3,4 &	0,06
Yok	22 (71)	53 (86,9)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		
<b>Kardeşlerde bedensel hastalık</b>				
Var	3 (9,7)	4 (6,6)	0,2 &	0,5
Yok	28 (90,3)	57 (93,4)		
Toplam	31 (100)	61 (100)		

\* İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi); & ki kare değeri İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu renkle belirtilmiştir

Olguların %25,8'i ve kontrollerin %13,1'inde anne ya da babadan biri çocuğun yaşantısında yoktu; ancak bu durum iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0,05).

Algılanan SED açısından iki grup arasında belirgin farklılık saptanmadı (p>0,05).

Marital sorun olgu grubunda (%48,4), kontrol grubundan (%18) daha fazlaydı ( $p=0,002$ ).

Aile içinde şiddet değişkeni açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştı ( $p=0,001$ ). Olgu grubunda aile içinde şiddet daha fazla görülmekteydi.

Ailede Cİ öyküsü de olgu grubunda (%29), kontrol grubundan (%6,6) daha sıkı ( $p=0,008$ ).

Ailenin sosyal çevre desteği ile ilgili olarak olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan, ancak anlamlıya yakın bir sonuç belirlendi ( $p=0,06$ ). Kardeşlerde herhangi bir ruhsal hastalık olması açısından da olgu ve kontrol grupları arasında anlamlıya yakın bir sonuç saptanmıştır ( $p=0,06$ ).

## 4.2. Cinsel istismara ait demografik veriler:

### 4.2.1. Cİ' nin ilk kez kim tarafından bildirildiği ve polikliniğe ilk olarak yönlendiren kişi ya da kurumlar

Cİ' nin ilk kez kim tarafından bildirildiği ve polikliniğe ilk olarak yönlendiren kişi ya da kurumlara ait veriler Tablo 5'te gösterilmektedir.

**Tablo 5: İstismarı ilk kez bildiren kişi ve yönlendiren kurum**

İstismarı ilk kez bildiren kişi	N (%)	Polikliniğe yönlendiren kişi ya da kurum	N (%)
Kendisi	18 (47,4)	Adli kurum	31 (81,6)
Arkadaşı	8 (21,1)	Ebeveyn	2 (5,3)
Anne	3 (7,9)	Sosyal hizmetler	2 (5,3)
Akraba	3 (7,9)	Okul	1 (2,6)
Doktoru	3 (7,9)	Jandarma	1 (2,6)
Kardeşi	2 (5,3)	Diğer sağlık kurumu	1 (2,6)
Öğretmeni	1 (2,6)		
Toplam	38 (100)	Toplam	38 (100)

Cİ'yi ilk bildiren kişi 38 olgunun 18'inde (%47,4) kişinin kendisi, 8'inde (%21,1) bir arkadaşı ve giderek daha azalan oranlarda annesi, kardeşi / akrabası ve doktoru idi. Polikliniğe ilk kez yönlendiren ise olguların 31'inde (%81,6) adli kurum ve 2'sinde (%5,3) sosyal hizmetler olmuştu. Geri kalanlardan 2'si (%5,3) ebeveynleri tarafından getirilmişti. Diğerleri ise jandarma (N=1, %2,6), okul (N=1, %2,6) ya da diğer bir sağlık kurumu (N=1, %2,6) tarafından gönderilmişti.

#### 4.2.2. Cİ' nin ilk olarak açıklandığı kurumlar

Cİ' nin ilk olarak açıklandığı kurumlar Tablo 6'da gösterilmektedir.

**Tablo 6: İstismarın ilk olarak bildirildiği yer**

İstismarın ilk olarak açıklandığı yer	N (%)
Polis	15 (39,5)
Okul	9 (23,7)
Adli kurum	5 (13,2)
Jandarma	5 (13,2)
Gardiyanlar	2 (5,3)
Diğer sağlık kurumu	2 (5,3)
Toplam	38 (100)

Olguların Cİ'yi en sık bildirdikleri kurum %39,5 oranında polis teşkilatı olarak saptanmıştır. Bunu %23,7 ile okul takip etmekteydi. Toplam 38 olgu içinden 2 erkek olgu, hapisanede gördükleri Cİ nedeniyle adli kurum aracılığı ile değerlendirilmek üzere polikliniğe yönlendirilmişti.

#### 4.2.3. İstismarın özelliklerine ait bulgular

İstismarın özelliklerini tanımlayan bulgular Tablo 7, 8, 9 ve 10'da verilmektedir.

**Tablo 7: İstismarın başlama ve sonlanma yaşına ait bulgular**

İstismarın niteliği	Yaş aralığı	Ortalama	SD
İstismar başladığında kişinin yaşı	5-17	12,7	±2,2
İstismar sonlandığında kişinin yaşı	10-17	13,24	±1,7

Cİ' nin görüldüğü yaş aralığı 5 ile 17 arasındaydı. Ortalama Cİ başlama yaşı ise 12,7 (±2,2) olarak belirlenmiştir. Cİ'nin sonlanma yaşı ise 10 ile 17 arasındaydı ve ortalama sonlanma yaşı 13,24 (±1,7) olarak saptanmıştır.

**Tablo 8: İstismarın süresine ait bulgular**

İstismar süresi	Tek sefer N (%)	Bir aydan az N (%)	Birkaç ay N (%)	Bir yıldan az N (%)	Bir yıldan fazla N (%)
	29 (%76,3)	2 (%5,3)	2 (%5,3)	1 (%2,6)	4 (%10,5)
İstismar sıklığı	Bir kez N (%)	Birkaç kez N (%)	Arada sırada N (%)	Sık sık N (%)	Hemen her gün N (%)
	25 (65,8)	7 (18,4)	2 (5,3)	2 (5,3)	2 (5,3)

İstismar süresi olguların 29'unda (%76,3) tek sefer; 2'sinde (%5,3) bir aydan az; 2'sinde (%5,3) birkaç ay; 1'inde (%2,6) bir yıldan az ve 4'ünde (%10,5) bir yıldan fazlaydı. İstismar sıklığı ise 25'inde (%65,8) bir kez; 7'sinde (%18,4) birkaç kez; 2'sinde (%5,3) arada sırada; 2' sinde (%5,3) sık sık ve 2' sinde (%5,3) hemen her gün olarak sıralanmaktaydı.

**Tablo 9: İstismarcının özelliklerine ait bulgular**

İstismarcı	N (%)
Aile içinden	9 (23,7)
Aile dışından	29 (76,3)
Toplam	38 (100)
İstismarcı cinsiyeti	
Kadın	1 (2,6)
Erkek	37 (97,4)
Toplam	38 (100)
İstismarcı sayısı	
Bir (%)	34 (89,5)
Birden fazla (%)	4 (10,5)
Toplam	38 (100)

İstismar olgularının 29'unda (%76,3) istismarcı aile dışından, 9'unda (%23,7) aile içindendi. Aile içinden bir kişi tarafından istismara uğrayan 9 olgunun 3'ünde (%30) istismarcı öz baba, 2 (%20) olguda üvey baba, 4 (%40) olguda ağabey ve 1 (%10) olguda abla idi. Aile dışındaki bir kişi tarafından istismara uğrayan 28 olgunun içinde ise istismarcı olguların 7'sinde (%24,1) okul personeli; 6'sında (%20,6) yabancı biri; 4'ünde (%13,7) komşu; 3'ünde (%10,3) erkek arkadaşı; 3'ünde (%10,3) herhangi bir arkadaşı; 3'ünde (%10,3) bir uzak akrabası; 2'sinde (%6,8) hapisteki diğer suçlular ve 1'inde (%3,9) kuzeni istismarı uygulayan kişi konumunda idiler.

İstismarcı sayısının olguların 34'ünde (%89,5) bir kişi ve 4'ünde (%10,5) birden fazla kişi olduğu belirlendi.

İstismarcı cinsiyeti olguların sadece birinde kadındı. İstismarcı yaşı ise 14 ile 79 (ortalama: 34,7; SD:17,1) arasında değişiyordu.

**Tablo 10: istismarın yeri ve türüne ait bulgular**

<b>İstismar yeri</b>	<b>N (%)</b>
Ev	15 (39,5)
Ev dışı	23 (60,5)
Toplam	38 (100)
<b>İstismar türü</b>	
Kızlarda Penetrasyon	8 (33,3)
Erkeklerde Penetrasyon	6 (85,7)
Toplam	14 (100)
<b>Zorlama kullanımı</b>	
Var	17 (44,7)
Yok	21 (55,3)
Toplam	38 (100)
<b>Fizik istismar</b>	
Eşlik ediyor	4 (10,5)
Eşlik etmiyor	34 (89,5)
Toplam	38 (100)
<b>Gebelik</b>	
Var	3 (10)
Yok	27 (90)
Toplam	30 (100)

İstismarın gerçekleştiği yer olguların 15'inde (%39,5) ev, 7'sinde (%18,4) okul, 4'ünde (%10,5) istismarcının evi idi; daha az oranlarda ise olguların 3'ünde (%7,9) açık alan, 2'sinde (%5,3) hapishane, 2'sinde (%5,3) inşaat binası, 2'sinde (%5,3) oturlan bina, 1'inde (%2,6) internet kafe; 1'inde (%2,6) harabe binalar ve 1'inde (%2,6) babanın iş yeri istismar mekânları olarak saptanmıştır.

38 olgu içerisindeki 30 kız olgunun N=3 (%10)'ünde küretajla sonlandırılmış gebelik öyküsü vardı.

İstismar türü olarak SPSS veri tabanına tekli, ikili, üçlü ya da dördü istismar biçimlerini barındıran 25 Cİ türü girilmiş; ölçümler yapılırken penetrasyon içeren ve içermeyenler olarak iki başlık altında değerlendirilmiştir. Bu şekilde değerlendirildiğinde 38 olgunun N=18 (%47,4)'inde penetrasyon bulunmaktaydı. İstismarın türleri olarak saptanan 19 Cİ biçimi ise Tablo 10'da gösterildiği gibidir.

**Tablo 11. Olgu grubu içinde saptanan Cİ türleri**

Türü	N	%
Dokunma	5	13,2
Oral penetrasyon	2	5,3
Anal penetrasyon	3	7,9
Okşama	1	2,6
Vajinal penetrasyon	6	15,8
Dokunma+okşama	2	5,3
Dokunma+okşama+exhibizyonizm+pornografik izletme+sürtünme	1	2,6
Anal+vajinal penetrasyon	1	2,6
Öpme+dokunma+vajinal penetrasyon+okşama	2	5,3
Vajinal oral ve anal penetrasyon+ öpme+okşama	1	2,6
Öpme+dokunma	3	7,9
Öpme+okşama+sürtünme	2	5,3
Göğüslerini öpme	1	2,6
Öpme+dokunma+anal penetrasyon	1	2,6
Anal penetrasyon+porno izletme	1	2,6
Öpme+dokunma+sözel istismar	3	7,9
Dokunma+ pornografik resim izletme	1	2,6
Dokunma+vajina içine parmak sokma+sürtünme	1	2,6
Dokunma+ pornografik film izletme+sözel istismar	1	2,6
Total	38	100,0

Cİ'ye fizik istismarın eşlik etme oranı %10 ve zorlamanın eşlik etme oranı %44,7 idi.

Penetrasyon 31 olgunun 14'ünde (%45,2) varken, 17'sinde (%54,8) yoktu. Penetrasyonun her iki cinsiyet açısından dağılımına baktığımızda ise penetrasyonla gerçekleşen Cİ olgularının %87,7'sini erkeklerin, %33,3'ünü kızların oluşturduğu görülmüş ve her iki cinsiyet arasında penetrasyon yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,02$ ).

Çalışmaya katılan olgu grubundaki ortalama yaş olan 14 yaşın altı ve üstündeki iki grup arasında istismarcının aile içinden mi dışından mı olduğunu değerlendirdiğimizde;

istismarcı 14 yaşın altındaki grupta olguların %74'ünde aile dışından biri iken; 14 yaş üzerindeki grupta %75 oranında aile içindendi

#### 4.3. Olgu ve kontrol grubunda tanılar ve belirtilerin dağılımı:

Olgu ve kontrol grupları içerisinde tanı ve belirtilerin dağılımı Tablo 12'de verilmektedir.

**Tablo 12: Olgu ve kontrol gruplarının tanı alma dağılımı**

Tanı	Olgu grubu (%)	Kontrol grubu(%)	X <sup>2</sup> ve p değeri
Var	24 (77,4)	9 (14,8)	35 ( 0,000)
Yok	7 (22,6)	52 (85,2)	
<b>Herhangi bir belirti</b>			
Var	10 (% 55,6)	8 (% 44,4)	4,7 ( 0,02)
Yok	21 (% 28,4)	53 (% 71,6)	

KSADS görüşmesinde 31 olgunun 7'sinde (%22,6) herhangi bir psikopatolojiye rastlanmazken, 24'ü Tablo 12'de adı geçen bozuklukları karşılıyordu. Tanı alma oranları açısından olgu (n=24; %77,4) ve kontrol (n:9; % 14,8) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. (X<sup>2</sup>: 35; p= 0,000). Tanı alan grup içinde bu tanıların dağılımı Tablo 12'de görülmektedir.

Tanı alan gruplar içinde tanıların dağılımı ise Tablo 13'de gösterilmiştir.

**Tablo 13: Tanıların olgu ve kontrol grupları içerisinde dağılımı**

(A.B.= Anksiyete Bozukluğu; MDB= Majör Depresif Bozukluk; DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu)

Tanı alan grupta tanıların dağılımı	Olgu grubunda (%)	Kontrol grubunda (%)	
A.B.+ MDB	13 (%41,9)	A.B + MDB	1 (%1,6)
A.B.	6 (%19,4)	A. B.	2 (%3,3)
A.B. + MDB + DEHB	3 (%9,7)	MDB+DEHB	1 (%1,6)
DEHB	1 (%3,2)	DEHB	5 (%8,2)
A.B.+madde kullanımı	1 (%3,2)		
Toplam	24 (100)	Toplam	9 (100)

Anksiyete bozukluğu tanı grubu içinde özgül fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, PTSD, akut stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanıları; DEHB tanı grubu içinde ise DEHB ve yıkıcı davranım bozukluğu tanıları yer almaktaydı.

Belirtilerin olgu ve kontrol grubu içinde dağılımı ise Tablo 14’de verildiği gibidir.

**Tablo 14: Belirtilerin olgu ve kontrol grupları içerisinde dağılımı**

<b>Belirtiler</b>	<b>Olgu grubunda (%)</b>	<b>Kontrol grubunda (%)</b>
<b>Belirti yok</b>	21 (%67,7)	53(%86,9)
<b>Anksiyete belirtisi</b>	7 (%22,6)	4 (%6,6)
<b>Depresif belirti</b>	3 (%9,7)	3 (%4,9)
<b>DEHB belirtisi</b>	0 (%0)	1 (%1,6)
<b>Toplam</b>	31 (100)	61 (100)

KSADS görüşmesinde eşik üstü belirtileri olan ancak tanı almayan durumlara baktığımızda ise olguların 21’ inde (67,7) belirti olmadığı, bunu N= 7 (%22,6) ve n=3 (%9,7) oranı ile anksiyete ve depresif belirtilerinin izlediği görülmüştür. Belirti oluşumu açısından olgu (N=10; %32,3) ve kontrol (N=8; %13,1) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $X^2$ : 5,8;  $p=0,01$ ).



#### 4.4. Olgu grubu içinde tanıya etkili olan sosyo-demografik veriler:

Olgu grubundaki sosyo-demografik değişkenlerin tanıya etkisi Tablo 15'te verilmektedir.

**Tablo 15: Olgu grubundaki sosyo-demografik değişkenlerin tanıya etkisi**

	Tanı yok (%)	Tanı var (%)	X <sup>2</sup> ve p değeri
<b>SED</b>			
Yüksek	3 (33,3)	0 (0)	8,9 (0,03)
Düşük	4 (66,7)	24 (100)	
Toplam	7 (100)	24 (100)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kız	6 (85,7)	18 (75)	0,35; (1,00)
Erkek	1 (14,3)	6 (25)	
<b>Anne eğitimi</b>			
Yüksek	1 (16,7)	4 (16)	0,0; (1,0)
Düşük	5 (83,3)	21 (84)	
<b>Baba alkol kullanımı</b>			
Var	1 (16,7)	10 (40)	1,15; (0,38)
Yok	5 (83,3)	15 (60)	
<b>Ailede şiddet</b>			
Var	1 (16,7)	10 (40)	1,15; (0,38)
Yok	5 (83,3)	15 (60)	
<b>Ebeveyn yokluğu</b>			
İkisi de var	6 (100)	17 (68)	2,58; (0,29)
Herhangi biri yok	0	8 (32)	
<b>Marital sorun</b>			
Var	1 (16,7)	14 (56)	2,99; (0,17)
Yok	5 (83,3)	11 (44)	
<b>WISCR</b>			
Normal	2 (33,3)	10 (40)	0,09; (1,00)
Normalin altı	4 (66,7)	15 (60)	
<b>Ailede Cİ öyküsü</b>			
Var	1 (16,7)	8 (32)	0,55; (0,64)
Yok	5 (83,3)	17 (68)	
<b>Penetrasyon</b>			
Var	1 (16,7)	13 (52)	2,43; (0,18)
Yok	5 (83,3)	12 (48)	
<b>Sosyal destek</b>			
Var	4 (66,7)	13 (52)	0,42; (0,66)
Yok	2 (33,3)	12 (48)	

*İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu renkle belirtilmiştir*

Olgu grubu tanı olan ve olmayan olarak ayrılarak, tüm sosyo-demografik veriler açısından değerlendirilmiştir. Konu ile ilgili yazında Cİ'de tanı oluşumunu etkilediği bildirilen cinsiyet, anne eğitim düzeyi, baba alkol kullanımı, ailede şiddet, ebeveyn yokluğu, marital sorun, WISC-R düzeyi, ailede cinsel istismar öyküsü, penetrasyonla gerçekleşen istismar ve aile sosyal desteği değişkenleri tanı oluşumuna etkileri yönünden tanı olan gruba (n=25; %80,6), tanı olmayan grup (n:9; %14,8) arasında değerlendirilmiş;

tanı oluşumuna etkili olan tek değişken sosyoekonomik düzey olarak bulunurken (**p=0.03**), diğer değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ). Tanı alan grubun tamamının SED'i düşük ailelerden geldiği tespit edildi ve tanı alan grupta SED'in düşük olma riski 7 kat daha yüksekti (**OR: 7,2**; %95CI: 2,9–18).

#### 4.5. Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Risk Etkenleri

Cİ olgusu olmayı belirleyen risk etkenleri ve bu riski ne kadar artırdıkları Tablo 16'da gösterilmektedir.

**Tablo 16: Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Risk Etkenleri**

	<b>X<sup>2</sup> veya t değeri</b>	<b>p değeri</b>	<b>Odd's ratio ( %95 CI<sup>^</sup>)</b>
<b>Okul durumu</b>	11,3 <sup>&amp;</sup>	<b>0,001</b>	17,5 %95 CI:(2–149)
<b>Kardeş sayısı</b>	6,61 <sup>&amp;</sup>	<b>0,02</b>	0,1 %95 CI: (0,04–0,74)
<b>Fiziksel bir hastalık</b>	6,1 <sup>&amp;</sup>	<b>0,01</b>	3,1 %95 CI: (2,3–4,3)
<b>Kaçıncı çocuk olduğu</b>	2,5*	<b>0,01</b>	9,6 %95 CI: (0,3–1,8)
<b>Anne eğitim düzeyi</b>	9,5 <sup>&amp;</sup>	<b>0,002</b>	0,1 %95 CI: (0,06–0,58)
<b>Baba alkol kullanımı</b>	4,25 <sup>&amp;</sup>	<b>0,03</b>	2,8 %95 CI: (1,03–7,6)
<b>Marital sorun</b>	9,3 <sup>&amp;</sup>	<b>0,002</b>	4,2 %95 CI: (1,6–11,1)
<b>Aile içi şiddet</b>	10,65 <sup>&amp;</sup>	<b>0,001</b>	6,1 %95 CI: (1,9–19,9)
<b>Ailede Cİ öyküsü</b>	8,55 <sup>&amp;</sup>	<b>0,008</b>	5,8 %95 CI: (1,6–20,8)
<b>Normalin altında WISC-R düzeyi</b>	6,0 <sup>&amp;</sup>	<b>0,01</b>	0,33 %95 CI: (0,13–0,81)

<sup>^</sup> CI: confidence interval (güven aralığı); \* İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi); & ki kare değeri

Güven aralığı geniş olmakla birlikte olgu grubunda okula gitmeme oranı kontrol grubundan 17,5 kat daha yüksekti (**OR=17,5** %95 CI 2–149).

Kardeş sayısı hem t testi sonucuna göre anlamlıydı (olgu grubunda ortalama= 3,3; kontrol grubunda ortalama=2,2) (**p=0,003**); hem de olgu grubunun kardeş sayısı ortalaması olan 4 ve üzerinde kardeşe sahip olma oranı olgu grubunda kontrol grubundan daha yüksekti (**p=0,02**).

Fiziksel bir hastalığa sahip olma oranı olgu grubunda kontrol grubundan 3 kat yüksekti.

Kaçıncı çocuk olduğu, olgu grubunda 2,4. çocuk olma ile 1,6. çocuk olunan kontrol grubundan farklıydı. Bu anlamda ailenin 2,4. çocuğu olma, olgu olma riskini 9,6 kat artıran bir özellik olarak saptanmıştır (**OR=9,6**; %95 CI: 0,3–1,8).

Anne eğitim düzeyinin düşük olması açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık vardı ( $p=0,002$ ) ve ki-kare analizlerinde tespit edilen odds ratio'dan farklı olarak lojistik regresyon analizlerinde anne eğitim düzeyinin düşük oluşunun olgu olma riskini 4,5 kat artırdığı tespit edildi.

Olgu grubunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında babanın alkol kullanımı açısından 2,8 kat, marital sorun açısından 4,2 kat (**OR=4,2**; %95 CI:1,6–11,1), aile içi şiddet açısından 6,1 kat (**OR=6,1**; %95 CI:1,9–19,9) ve ailede Cİ öyküsü açısından 5,8 kat (**OR=5,8**; %95 CI: 1,6–20,8) daha fazla risk olduğu tespit edildi.

#### 4.6. Ölçeklere ait istatistiksel bulgular:

##### 4.6.1. ADÖ ve PARI ölçeklerinin olgu ve kontrol gruplarının ortalamaları arasındaki fark

ADÖ ve PARI ölçeklerinin olgu ve kontrol gruplarının ortalamaları arasındaki fark Tablo 17 ve 18'de verilmektedir.

**Tablo 17: Olgu ve kontrol gruplarının ADÖ alt ölçek ortalamalarına göre dağılımı**

Ölçek	Olgu ortalaması±SD	Kontrol ortalaması±SD	P değeri
ADÖ 1	2,16± 0,7	1,98± 0,5	0,19
ADÖ 2	2,44 ± 0,4	2,75 ± 0,4	<b>0,002</b>
ADÖ 3	2,57 ± 0,4	2,74 ± 0,3	0,06
ADÖ 4	2,68 ± 0,3	2,78 ± 0,4	0,31
ADÖ 5	2,59 ± 0,6	2,98 ± 0,5	<b>0,003</b>
ADÖ 6	2,69 ± 0,4	2,78 ± 0,4	0,35
ADÖ 7	2,46 ± 0,3	2,49 ± 0,2	0,61

*İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi)*

Olgu ve kontrol gruplarının ADÖ ölçeklerindeki değerlerin ortalamasının iki grup arasında farklı olup olmadığını değerlendirmek için independent sample t test (student t test) kullanılmıştır. T testi ile karşılaştırılan ölçeklerden ADÖ 2 ve ADÖ 5 alt ölçeklerinin ortalamaları olgu grubunda, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ( $p<0,05$ ). Diğer alt ölçeklerin ortalamaları yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18: Olgu ve kontrol gruplarının PARI alt ölçek ortalamalarına göre dağılımı**

Ölçek	Olgu ortalaması±SD	Kontrol ortalaması±SD	P değeri
<b>PARI 1</b>	46,5 ± 10,2	45,2 ± 11	0,59
<b>PARI 2</b>	26,5 ± 6,4	27,5 ± 3,4	0,33
<b>PARI 3</b>	27,8 ± 9,9	29,4 ± 7,2	0,37
<b>PARI 4</b>	15,4 ± 4,8	14,8 ± 4,8	0,58
<b>PARI 5</b>	35,7 ± 13,7	37,3 ± 11	0,54

\* İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi)

Olgu ve kontrol grupları arasında PARI alt ölçeklerinin ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

#### 4.6.2. SBYÖ ve SBÖ ölçeklerinin iki gruptaki ortalamaları arasındaki fark

SBYÖ ve SBÖ ölçeklerinin iki gruptaki ortalamaları arasındaki fark Tablo 19’da verilmektedir.

**Tablo 19: Olgu ve kontrol gruplarının SBYÖ ve SBÖ alt ölçek ortalamalarına göre dağılımı**

SBYÖ	Olgu ortalaması±SD	Kontrol ortalaması±SD	P değeri
SBYÖ-ABC	33,52 ± 8,9	41,85 ± 9	<b>0,000</b>
SBYÖ-AYS	11,03 ± 5	10,61 ± 5	0,70
SBYÖ-SDA	19,29 ± 4,9	18,97 ± 4,7	0,76
SBYÖ-ÇY	19,84 ± 4,2	17,97 ± 4,9	0,07
SBYÖ-İY	11,48 ± 3,7	11,77 ± 2,8	0,68
SBYÖ-GÇ	7,52 ± 3	6,59 ± 3,2	0,19
SBYÖ- KS	4,16 ± 2,6	3,74 ± 2	0,40
SBYÖ- DGS	2,77 ± 2	2,79 ± 1,6	0,97
<b>SBÖ</b>			
SBÖ-KGY	16,63 ± 3,2	16,49 ± 3,1	0,84
SBÖ- İY	10,60 ± 2,4	10,70 ± 2,6	0,85
SBÖ- ÇKSY	11,47 ± 4,7	10,46 ± 4,9	0,35
SBÖ- BEY	5,9 ± 4,7	6,5 ± 4,6	0,54
SBÖ- SDA	7,73 ± 2,4	8,18 ± 2,2	0,39

\* İki grup ortalamasının karşılaştırılması (T-testi)

Olgu ve kontrol gruplarının SBYÖ ve SBÖ ölçeklerindeki değerlerin ortalamasının iki grup arasında farklı olup olmadığını değerlendirmek için independent sample t test kullanılmıştır.

Problem odaklı başa çıkma örüntülerinden olan SBYÖ-ABC'nin ortalaması kontrol grubunda olgu grubundan daha yüksek saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,000$ ).

Erişkin başa çıkma örüntülerini değerlendiren SBÖ'de ise olgu ve kontrol grubu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4.6.3. Lojistik Regresyon Analizi Modeline Göre Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Etkenler

Lojistik regresyon analizleri Tablo 20, 21 ve 22'de adı geçen değişkenlerin Cİ için yordayıcı olup olmadığını değerlendirmek için uygulanmıştır.

**Tablo 20: Lojistik Regresyon Analizi Modeline Göre Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Etkenler**

Değişkenler	P değeri	OR Değeri (%95 Cİ)
Anne eğitimi	0,01	4,5 (1,4–14,3)
Ailede şiddet	0,009	5,3 (1,5–18,9)
ADÖ 2	0,02	3,1 (1,1–8,9)

Backward Stepwise regresyon modeli ile ADÖ 2 ile birlikte olgu olmayı etkileyebileceğini düşündüğümüz annenin eğitimi, aile içinde şiddet, ailenin sosyal desteği, baba alkol kullanımı ve WISC-R düzeyi değişkenleri birlikte incelenmiş ve Cİ olgusu olmayı belirleme açısından riski anne eğitiminin düşük olmasının 4,5 kat ( $p=0,01$ ), aile içi şiddetin 5,3 kat ( $0,009$ ) ve iletişimle ilgili etkenlerin (ADÖ 2) 3,1 kat artırdığı görülmüştür ( $p=0,02$ ).

**Tablo 21: Lojistik Regresyon Analizi Modeline Göre Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Etkenler**

Değişkenler	P değeri	OR Değeri (%95 Cİ)
Anne eğitimi	0,01	4,1 (1,3–12,7)
Ailede şiddet	0,007	5,4 (1,5–18,5)

Backward Stepwise regresyon modeli ile ADÖ 5 ile birlikte Cİ olgusu olmayı etkileyebileceğini düşündüğümüz annenin eğitimi, aile içinde şiddet, ailenin sosyal desteği,

baba alkol kullanımı ve WISC-R düzeyi değişkenleri birlikte incelendiğinde Cİ olgusu olmayı belirleme açısından risk etkenlerinin anne eğitimi ve ailede şiddet olduğu görülmüştür. Anne eğitim düzeyinin düşük olmasının olgu olma riskini 4 kat ( $p=0,01$ ), ev içinde şiddet varlığının ise 5 kat ( $p=0,007$ ) artırdığı saptanmıştır. ADÖ 5, ailenin sosyal desteği ve baba alkol kullanımı değişkenleri ile birlikte lojistik regresyon analizinde elenmiştir.

**Tablo 22: Lojistik Regresyon Analizi Modeline Göre Cİ Olgusu Olmayı Belirleyen Etkenler**

Değişkenler	P değeri	OR Değeri (%95 Cİ)
Anne eğitimi	<b>0,01</b>	<b>5,3 (1,4–19,3)</b>
Ailede şiddet	<b>0,01</b>	<b>5,1 (1,3–19,4)</b>
SBYÖ abç	<b>0,003</b>	<b>5,8 (1,8–18,4)</b>

Backward Stepwise regresyon modeli ile SBYÖ-ABC ile birlikte olgu olmayı etkileyebileceğini düşündüğümüz annenin eğitimi, aile içinde şiddet, ailenin sosyal desteği, baba alkol kullanımı ve WISC-R düzeyi değişkenleri birlikte incelendiğinde ise Cİ olgusu olmayı belirleme açısından risk etkenlerinin anne eğitimi ve ailede şiddet olduğu görülmüştür. SBYÖ'nin aktif başa çıkma alt birimi lojistik regresyon modeline konulduğunda bu başa çıkma biçimindeki sağlıksız sonuçların olgu olma riskini 5,8 kat ( $p=0,003$ ) artırdığı, anne eğitiminin düşük olmasının 5,3 kat ve ailede şiddetin 5,1 kat artırdığı saptanmıştır.

Diğer değişkenler olan baba alkol kullanımı ve aile sosyal desteği lojistik regresyon modelinde elenmiştir.

#### 4.6.4. Lojistik Regresyon Modelinde Tüm Alt Ölçeklerin İstatistiksel Olarak Anlamlılık Düzeylerine Göre Dağılımı

Lojistik regresyon analizi ile anlamlı ve anlamlılığa yakın tespit edilen ölçeklere dair sonuçlar Tablo 23'te verilmektedir.

**Tablo 23: Lojistik Regresyon Modelinde Tüm Alt Ölçeklerin İstatistiksel Olarak Anlamlılık Düzeylerine Göre Dağılımı**

Alt ölçek	P değeri
<b>ADÖ 2</b>	<b>0,05</b>
<b>ADÖ 5</b>	<b>0,06</b>
<b>PARI 1</b>	<b>0,09</b>
<b>PARI 5</b>	<b>0,08</b>
<b>SBYÖ-ABC</b>	<b>0,000</b>
<b>SBYÖ-ÇY</b>	<b>0,02</b>
<b>SBYÖ-İY</b>	<b>0,07</b>
<b>SBÖ-ÇKSY</b>	0,35

*İstatistiksel olarak anlamlı olanlar koyu renkle belirtilmiştir*

Tüm ölçeklerin olgu ve kontrol grubu arasındaki anlamlılık ilişkisine dair t testi ile saptanan sonuçlarının yanı sıra bir de tüm alt ölçekler lojistik regresyon modeline konarak anlamlılığa en yakın olanlar tekrar değerlendirilmiştir.

Tüm alt ölçekler bu şekilde değerlendirildiğinde, ADÖ grubunda son aşamada ADÖ 2 anlamlı ( $p=0.05$ ) ve ADÖ 5 anlamlılığa yakın ( $p<0,10$ ); PARI grubunda PARI 1 ve PARI 5 anlamlılığa yakın ( $p<0,10$ ); SBYÖ grubundan ise ABC ( $p=0,000$ ) ve ÇY ( $p=0,02$ ) anlamlı ve İY anlamlılığa yakın ( $p<0,10$ ) saptanmıştır. SBÖ grubunda ise son aşamada ÇKSY alt ölçeği elde edilmiş; ancak anlamlı bir sonuç saptanmamıştır.

## **BESİNCİ BÖLÜM**

### **5. TARTISMA**

Çok net olmamakla birlikte Cİ öyküsü ile psikiyatrik belirti ya da bozukluk gelişimi arasındaki ilişki pek çok çalışmada gösterilmektedir. Cİ'nin nedenleri ve olası riskleri, bildirimde ait etkiler, istismarın sonuçları ve tedavi yöntemleri hakkındaki bilgiler de bu çalışmalara paralel olarak artmaktadır (59). Son yıllarda çocukluk yaşlarında istismar kurbanı olan yetişkinler arasında görülebilecek sağlık problemleri araştırmacılar tarafından daha yüksek sıklıklarda bildirilmektedir. Çalışmalarda yer alan bir sonraki basamak ise bunun nedenlerini anlamaya yöneliktir (60).

Biz de bu çalışma ile Cİ'ye uğrayan ergen olgularda bireysel, ailesel ve istismara ait özellikleri tanımlamayı ve bu özelliklerin psikiyatrik bozukluk oluşumu üzerine etkisi olup olmadığını belirlemeyi ve olgu olmayı belirleyen etkenleri incelemeyi hedefledik.

Olgu ve kontrol grupları içerisinde kız ve erkek cinsiyetin dağılımı ve yaş ortalamaları açısından istatistik olarak anlamlı farklılık olmadığını saptamamız; çalışmanın deseni oluşturulurken planlanan bir olguya karşılık iki kontrol alınması ve yaş açısından da eşleştirilmiş olması nedeniyle beklenen bir bulgudur. Cİ'nin sonuçlarına etkili etkenler arasında cinsiyet önemli yer teşkil etmektedir. Kızların uğradıkları Cİ'ler daha fazla bildirilirken, erkeklerin uğradığı istismarların bildirim dışı kaldığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da 24 kız olguya karşılık 7 erkek olgu başvurmuştu. Konu ile ilgili yazında da belirtilene benzer biçimde kız olguların erkek olgulara oranı üç kat daha yüksektir. Bu konudaki araştırmaların çoğu kızlarla ilgilidir ve genellikle erkek olgularla ilgili örneklemelerin sayısı 30'un altında kalmaktadır (17).

Bir çalışmada çocukluk ya da ergenlik döneminde Cİ'ye uğramış yetişkinlerin okuma yılı ortalamasının 12,53 (SD:2,52) olduğu saptanmıştır (61). Okula gitmeme oranını olgu grubunda (%22,6) kontrol grubundan (%1,6) istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulmamız; istismara uğramış ergenlerde okula gitmeme oranının yüksek olduğunu belirten çalışmalarla uyum göstermektedir. Bu çalışmalarda ergenlerin çoğunluğu ilkokulun çeşitli seviyelerine dek okumuşlar, bazıları da okumayı çeşitli nedenlerle bırakmışlardır (28, 62).

Yazında boşanmış ailelerde Cİ riskinin arttığı bildirilmekle birlikte (62, 63); mevcut çalışmada ergenlerin çekirdek aile ya da boşanmış aile ile birlikte yaşamaları açısından, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Yazınla uyumlu olmayışı



ülkemizde sıkça rastlanan kültürel olarak evliğin sürdürülmesi gerektiği düşüncesinin ve annelerin çalışmıyor olmalarının bir sonucu olabilir. Nitekim özellikle olgu grubundaki annelerin eğitim düzeyleri de düşük olarak saptanmıştır ve bu durum ekonomik bağımlılıkları nedeniyle evliliği sürdürmelerine neden olmuş olabilir. Çekirdek aile ile yaşama oranlarının bizim çalışmamızda yazından farklı olarak daha yüksek bulunması, kültüre ait özellikler göz önünde bulundurulduğunda aile yapısının sağlam tutulmaya çalışılması ile ilişkili olabilir. Hatta bazen bu durumun istismarın inkârı ile sonuçlanabileceği de akla gelmelidir.

İstismara uğrayan pek çok çocuk kalabalık bir aile ortamı içerisinde, kendisini istismar eden erişkinlerle (primer bakım veren de dahil) ya da çok sayıda kardeşi ile yaşamaya devam edebilmektedir. Kardeş sayısının fazlalığı ile ilgili olarak yazında ebeveynlerin çok eşliliğinden de söz edilmektedir (62). Çocuğun yaşamakta olduğu ortamdaki risk etkenlerini anlamak ve güvenliğini sağlayabilmek için bu risk etkenlerinin farkında olmak önemlidir (64). Ayrıca kardeş sayısının artması durumunda aile içinde istismara uğramış ikincil bireylerin de olabileceği akılda tutulmalıdır. Uyumsuz aile yapısı içinde kardeş sayısının fazlalığı, annenin bakım vermek zorunda olduğu kişi sayısının artması nedeniyle Cİ'nin fark edilip durdurulmasını önleyen bir etken olabilir. Çalışmamızda yazında yer alan çalışmalarla uyumlu olarak olgu grubunda kardeş sayısı istismara uğramayan kontrol grubuna oranla daha yüksek saptanmıştır. Yazında Cİ'ye uğrayan bireylerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu konusunda yeterli bilgiye rastlanmamakla birlikte, çalışmamızda ailenin küçük çocuğu olmanın istismara uğrama riskini artırdığı saptanmıştır.

Fiziksel hastalığın olgu grubunda daha fazla görülmesi, kontrol grubunun kronik hastalık taşımayan popülasyondan seçilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerde hem travmaya uğrama olasılığını artıran, hem de travmanın sonuçlarını değiştiren önemli bir diğer etken zeka düzeyleridir. Veltman ve ark. tarafından (2001) istismar ve ihmale uğramış kişilerin uğramamış kişilere oranla belirgin olarak düşük IQ seviyelerine sahip olduğu, ancak zeka düzeyini düşük saptamayan çalışmaların da bulunduğu ve yüksek IQ seviyelerine sahip olan çocukların problem çözme ve kendilerini koruma becerilerinin ve/veya kendilerini düzenleme becerilerinin daha iyi olabileceği belirtilmektedir (65, 66). Ayrıca düşük IQ seviyesi olan çocukların, IQ düzeyi daha yüksek olan akranlarına oranla deneyimlerinden öğrenebilme ya da zor durumlarla başa çıkabilme becerilerinin de daha az olabileceğinden söz edilmektedir (66). Çalışmamızda da olgu grubunda zeka düzeylerinin daha düşük saptanmış oluşu bu

konudaki yazınla uyumludur. Zeka düzeyinin düşük olması, etkin başa çıkma mekanizmalarının kullanımını da azaltma yoluyla psikopatolojinin artışında yazına göre önemli bir etkidir (66, 67).

Ev içi istismarlarda istismarcıya yönelik çalışmalarda, evde üvey babanın varlığının kız çocuklar için Cİ riskini iki kat artırdığı bulunmuştur (3). Bizim çalışmamızda anne ve babanın öz ya da üvey olması iki grup arasında fark göstermemesi örneklem sayımızın azlığı ile ilişkili olabilir. Belki de ileride yapılacak çalışmalarda olgu grubunu oluşturan örneklemin daha büyük seçilmesi durumunda bu veri ile ilgili farklı sonuçlara da ulaşılabilecektir.

Annelerin eğitim düzeyi yüksek ve düşük olarak gruplandığında olgu grubunda kontrol grubuna göre annelerin eğitim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı oranda düşük olması konuyla ilişkili çalışmalarla uyum göstermektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda annelerin eğitim düzeyinin, istismara uğramayan akranların annelerine oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir (28, 62, 63). Yazına göre anne eğitiminin düşük oluşu hem Cİ hem de diğer istismar türlerine uğramada önemli bir risk etkeni oluşturmaktadır. Bizim de çalışmamızda anne eğitiminin düşük oluşunun olgu olmayı etkilediğini bulmamız bu görüşü destekler niteliktedir.

Cİ'ye uğrayan çocukların babalarının eğitim düzeyi ile ilişkili yazında çok net bilgilere rastlanmamakta; ancak bir çalışmada ebeveynlerin kendilerini cahil olarak tanımladıkları, pek çoğunun okumayı yarıda bıraktıkları ve çok azının orta öğrenime devam ettiği belirtilmiştir (68). Bizim olgu grubumuzda babaların %60'ının ilkökul mezunu olması, ebeveynlerin eğitim düzeyi ile ilgili olarak söz edilen yazın ile uyumlu bir bulgudur. Babaların eğitim düzeyi açısından olgu ve kontrol grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Olguların babalarının kontrollere göre anlamlı oranda daha fazla alkol kullandığını saptamamız; özellikle babanın alkol/ madde kullanımı ile çocukluk çağı Cİ arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildiren çalışmaları destekler niteliktedir (69). Konuyla ilgili bir çalışmada her dört babadan birinin istismar anında alkol etkisi altında olduğu saptanmıştır (59). Cİ'ye uğrayan çocukların ailelerinde alkol ve madde kullanımı oldukça sıktır. Bu nedenle alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerle çalışan profesyonellerin olası Cİ riskini akıllarında bulundurmaları önerilmektedir (69).

Cİ'ye uğrayan çocuklar genellikle boşanma, ayrılık, terk ya da ölüm nedeniyle yalnız olan anneleriyle yaşamaktadır. Annenin yokluğu da aynı nedenlerle söz konusu olabilir.

Gerek sayılan bu nedenler gerekse evlilik dışı doğumlar sonrası ekonomik sıkıntılar, yalnız olan ebeveyni çalışmak zorunda bırakmaktadır. Bu durumda da anneler çocuğu zaman zaman bir bakım kurumuna bırakabilmekte ya da yardımcı bir bakım verene yönlendirebilmektedir (62). Çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamış olsa da olgu grubunda ebeveynlerden biri ya da ikisinin yokluğunun kontrol grubuna oranla daha fazla olması Cİ'ye uğramada riskli olabilecek aile tipini tanımlayan yazınla uyumludur.

Cİ'de sosyoekonomik düzeyin araştırıldığı çalışmalarda konu daha çok SED' in uygun olan ve olmayan ebeveynlik üzerine etkileri bağlamında ele alınmaktadır. Ailelerin SED' inin ebeveynliği etkilediği düşünülmektedir. Düşük gelir seviyesi, kötü barınma koşulları, nüfusun fazlalığı, günlük stresin yoğunluğu ve iş olanaksızlıkları uygun olmayan ebeveynlik için yüksek riskli koşulları oluşturmaktadır (62). Ayrıca ailenin SED'inin ebeveynlerin marital durumu ile de yakından ilişkili olduğu ve marital uyumsuzluk ile istismar riskinin artabileceği de yazında belirtilmektedir (62, 70, 71, 72). Çalışmamızda algılanan SED açısından olgu ve kontrol grupları arasında belirgin farklılık saptamamız düşük SED'in uygun olmayan ebeveynlik yoluyla Cİ için risk etkeni olabileceğini gösteren çalışmalarla uyum göstermemektedir. Ancak bizim çalışmamızda SED'le ilgili daha farklı bir sonuç elde edilmiştir. Çalışmamızda olgu grubu içerisinde tanı almaya etkili tek sosyo-demografik değişkenin SED olduğunun saptanması ve tanı alan grubun tamamının SED'i düşük ailelerden gelirken; tanı alan grupta SED'in düşük olma riskinin tanı almayan gruba göre 7 kat daha yüksek bulunması önem taşımaktadır. Cİ ile SED'in ilişkisi göz önüne alındığında bizim olgu grubumuzda düşük SED, Cİ için risk etkeni olmaktan çok, Cİ'den sonra gelişebilecek sonucu yani tanıyı etkilemekteydi. Cİ'nin olumsuz sonuçlarını iyileştirmede anne ve babanın duygusal desteğinin önemli olduğunu belirten yazın (62) dikkate alındığında, bizim olgu grubumuzdaki anne babaların düşük SED'de duygusal destek vermeye ilgili ebeveynlik işlevlerinde başarısız olabilecekleri akla gelmektedir.

Cinsel istismar mağduru olan çocukların ailelerinde evlilik ilişkisinde önemli düzeyde sıkıntı ve cinsel uyumsuzluk olduğu bildirilmektedir. Genellikle otoriter- agresif baba figürleri ile, boyun eğen anne figürlerinden söz edilmektedir (63). Boşanmalar, evlilikte yaşanan çatışmalar ve doyumsuzluklar, aile içi şiddet ile aile desteğinin güçlü olamaması ve aile bağlarının daha zayıf olması da yine Cİ kurbanlarının ailelerinde sık görülen özellikler olarak tanımlanmaktadır (28). Bizim çalışmamızda da olgu grubunun ebeveynlerinde kontrollere göre anlamlı oranda daha fazla marital sorun saptanmış olması; marital uyumsuzluk (boşanma, ayrı yaşama ya da marital çatışmalar) ile cinsel ve diğer istismar

türleri arasında çok güçlü bir ilişki olduğunu belirten çalışmalarla uyumludur. Ayrıca boşanma ve/ veya ayrılık, aile içindeki Cİ'nin bir sonucu da olabilmektedir. Boşanma, ayrılık, şiddet, alkol ve madde kullanımı ve yoğun aile içi çatışmaların olduğu ailelerde cinsel istismar riski belirgin olarak artmaktadır (59, 70). Bizim de çalışmamızda olgu grubunda hem marital sorun hem de aile içi şiddet değişkenini kontrollerden anlamlı oranda yüksek bulmamız; söz konusu yazını destekler niteliktedir.

Cİ'ye uğramış çocuklar ailelerinin sözel ve fiziksel olarak cezalandırıcı olduğunu tanımlamaktadır (62). Kötü ekonomik koşullar ve işsizliğe ve buna paralel olarak aile içi şiddete, Cİ'ye uğrayan çocukların ailelerinde daha sık rastlanmaktadır ve bu durum ebeveynliği etkilemektedir. Hatta daha ağır durumlarda anneler kendi güvenlikleri nedeniyle evden kaçmak zorunda kalabilmekte ve arkada kalan çocuğun istismarcı ile daha uzun süre bir arada yaşaması söz konusu olabilmektedir. Ayrıca böyle bir durumda ebeveyn rolünü üstlenmiş olan çocuk için Cİ'ye uğrama riskinin daha da artabileceği belirtilmektedir (62). Aile içinde şiddetin olgu grubunda kontrol grubuna oranla oldukça yüksek bulunması, Cİ'ye uğrama açısından bu özelliği bir risk etkeni olarak tanımlayan yazınla uyumlu bir bulgudur.

Ailede Cİ öyküsünün varlığı, olgu ve kontrol grubunun annelerine geniş ailede istismar öyküsü olup olmadığı sorularak öğrenilmiş ve olgu grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazla Cİ öyküsü olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili olarak daha önce yapılmış çalışmalardan pek çoğunda Cİ'ye uğramış çocukların annelerinin de çocukluk döneminde istismara uğradığı bulunmuştur (73, 74). Çocukluk çağında Cİ öyküsü olan bu annelerin emosyonel açıdan sıkıntılı oldukları, sosyal destek sistemlerinin az olduğu ve başa çıkma mekanizmalarından olan kaçınmayı sık kullandıkları belirtilmektedir (74). Annelerin çocukluk çağında yaşadıkları Cİ genellikle diğer psikiyatrik bozukluklar ve fizik istismarla da sıkça bir arada bulunmaktadır (73). Bizim çalışmamızda da ailede Cİ öyküsünün olgu grubunda anlamlı ölçüde daha yüksek bulunması söz konusu yazın ile uyum göstermekle birlikte, geniş aileyi ele alması açısından farklıdır. Demografik verilere yönelik daha özgün soruların yer aldığı ve ileride yapılacak çalışmalarla, annelerin kendi Cİ öykülerinin varlığının daha ayrıntılı sorgulanması ve dolayısıyla sonuçların daha kapsamlı ele alınabilmesi söz konusu olabilecektir.

Daha önce yapılmış pek çok çalışmada sosyal çevre desteğinden, konuyla ilgili önemli atıflar yapılan bir değişken olarak söz edilmektedir. Çalışmamızda sosyal çevre desteği açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ancak anlamlıya

yakın bir sonuç saptanmıştır. Kontrol grubu aileleri olgu grubuna göre daha fazla sosyal çevre destekleri olduğunu tanımlamışlardır. Yazında sosyal destekten, stresli yaşam olaylarının etkisini tamponlayıcı yani olumsuz yaşam koşulları karşısında bireyi koruyucu bir etken olarak söz edilmektedir (19). Henüz sosyal desteği oluşturan itemlerin neler olduğu konusunda tam bir anlaşma yoktur ve oldukça fazla tanım olduğu göze çarpmaktadır. Sarason ve ark. (1983) sosyal desteğin bireyin başkaları tarafından ne derece sevildiğine ve sayıldığına bağlı olarak ortaya çıkan bir kavram olduğunu ifade ederlerken, belki de en kapsamlı tanımı yapan Cobb ve ark. (1976) sosyal desteğin bireyin a) ilgilenildiğine, sevildiğine b) değerli olduğuna c)karşılıklı iletişim ve zorunluluklar ağının bir parçası olduğuna inanmasını sağlayan bilgi olduğunu ifade etmiştir(121, 122). Gallagher ve arkadaşlarına göre (1983) sosyal destek, bir krizin veya bir değişikliğin olumsuz sonucunu azaltabilecek bir çaredir (122). Kaplan ve Kullilea (1976) ise sosyal desteği kısa dönemli krizlerin ve yaşam geçişlerinin, uzun dönemli güçlüklerin, streslerin ve yoksunlukların üstesinden gelmek için uyumsal yeterliliği geliştirmeye yönelik hizmet veren bireyler ya da gruplar arasındaki bağlanmalar olarak ifade etmişlerdir (123). Sosyal destek aynı zamanda değerli bir başa çıkma özelliğidir. Beklenen sorunlarla ilgili olarak bireylere rehberlik ederek bu sorunlarla başa çıkma yolları sunarlar (47). Dolayısıyla sosyal çevre desteğinin hem Cİ gibi ciddi bir yaşam olayının önlemede, hem de bunun sonuçları ile başa çıkmada önemli bir rolü olabilir. Çalışmamızın olgu grubunda çevreden alınan sosyal desteğin daha az olması da olgu grubunu oluşturan topluluğun Cİ gibi sonuçları ağır olan bir travmaya maruz kalmalarına aracılık ediyor olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kardeşlerde ruhsal hastalık varlığı açısından anlamlı olmayan ancak anlamlılığa yakın bir sonuç elde edilmesine rağmen; yazında Cİ'ye uğrayan kişilerin kardeşlerinde görülebilecek ruhsal bozukluklara ilişkin herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak Cİ kurbanlarının Cİ'ye çeşitli nedenlerle daha yatkın bir ortamda yetiştikleri düşünülürse, aynı ortamda yetişmiş olan kardeşlerinde de bir takım psikiyatrik sorunların olması beklenebilir. Ya da istismarda bulunan kişi doğrudan istismarcının kardeşi ise, o kişide ruhsal bozukluk olma olasılığı da yüksektir. Olgu grubu içinde aile içi bir birey tarafından istismara uğrayan dokuz olgunun dördünün ağabey, birinin de abla tarafından istismara uğramış olması da en azından bu kişilerdeki ruhsal bozukluğu açıklamaya yardımcı olmaktadır.

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 ana-babalarda çocuk yetiştirme ile ilgili korkular ve yetersizlikler otaya çıkabilmekte ya da bu durum çocuğu ihmal etmekle sonuçlanabilmektedir (62). Çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında ebeveyn psikopatolojileri açısından fark saptanamamakla birlikte, bu durum bizim çalışmamızda anne ve babalara yönelik ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme yapılmaması ve herhangi bir ruhsal sağlık sorunlarının olup olmadığını kendilerine sorularak öğrenilmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda istismara uğrayan kişilerde bireysel ve ailesel özelliklerden sonra, istismarın sıklığı ve süresinin tanı üzerine etkileri incelenmiştir. Yazında istismarın sıklığı ve süresinin artmasının daha olumsuz sonuçlar (özellikle de psikolojik distres) için yordayıcı bulunduğu ve bulunmadığı çalışmalar vardır (28, 75, 76). Çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan olguların sayısının az oluşu, bizim çalışmamızda bu değişkenlerin tanı üzerine etkisinin saptanamamasının bir nedeni olarak düşünülebilir. İleride Cİ'ye uğramış daha büyük örneklem grupları ile yapılacak çalışmalarda sıklık ve sürenin tanı alma üzerine etkisi ile ilgili olarak daha farklı sonuçlara da ulaşmak mümkün olabilir.

İstismarcının kimliği ile ilişkili olarak yazında bulunan ilk çalışmalarda istismarcının büyük çoğunlukla yabancı biri olduğu düşünülmekteydi. Ancak daha sonraki çalışmalarda 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 (77, 78, 79). Tüm Cİ türleri arasında aile dışı Cİ'ye enestten daha sık rastlanmaktadır (30). Enest olguları içerisinde ise istismarcı en sık üvey baba, ikinci sıklıkta ise öz baba olarak saptanmaktadır (28, 77, 78, 79). Bizim çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak istismar olgularının 29'unda (%76,3) istismarcı aile dışından, 9'unda (%23,7) aile içinden biriydi. Olgu grubumuzdaki aile içi istismarcı kimliğinin çoğunlukla öz baba ve üvey baba olarak saptanması da yazın ile örtüşen bir bulgudur.

Olgu grubunu ortalama yaş olan 14 yaşın altında ve üstünde olanlar olarak ikiye bölüp, bu iki yaş grubunda istismarcının aile içinden mi, yoksa dışarıdan biri mi olduğunu değerlendirdiğimizde; 14 yaş üzerindeki grubun %75'inde istismarcının aile içinden olduğunu, 14 yaşın altında olan grubun ise %74'ünde istismarcının aile dışından biri olduğunu saptamamız; yazında belirtilenden farklıdır. Bu konuda yurtdışında yapılan çalışmalarda genellikle küçük yaş grubundaki olgularda istismarcının aile içinden olma

olasılığının arttığı, daha uzun sürdüğü ve daha fazla psikopatoloji ile sonuçlandığı belirtilmektedir (80, 81). Çalışmamızda ise uluslararası yazının aksine küçük yaş grubunda istismar eden kişinin daha çok aile dışından biri olduğunun saptanması; ülkemizde Cİ'ye uğranılan yaş ile istismarcının aile içinden ya da dışından olmasının ilişkisini inceleyen bir çalışmanın, 12 yaş altında istismara uğrayan olguların daha çok aile dışından biri olduğu yönündeki bulgusu ile uyumludur (16). Alikeşifoğlu ve ark. nca (2006) yapılan ve Cİ'ye uğradığını tanımlayan 9.-11. sınıflarda okuyan 15- 22 yaş arası 1871 kız öğrencinin değerlendirildiği bu çalışmada, öğrencilerin %93'ü 12 yaşından önce istismara uğradığını belirtmiştir ve 12 yaşından önce Cİ'ye uğrayan bu grupta istismarcının %41 oranında yabancı biri olduğu belirlenmiştir. Küçük yaş grubunda istismarcının daha çok aile dışından biri olması kültüre ait özellikleri de akla getirmektedir. Bir başka ifadeyle kültürel olarak bazı çevrelerde ailelerin çocuklarını tanımadıkları bir yabancıya teslim etmede sakınca görmeyen ve aslında neredeyse ihmal olarak değerlendirilebilecek bu yaklaşımları nedeniyle aile dışındaki yabancılar bu çocuklara daha kolay ulaşabiliyor olabilir. Ancak kültürel özelliklerin etkisiyle ilgili yeterli değerlendirme yapabilmek için yeni araştırmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili akla gelen bir başka etken de anne babaların, ne tam olarak ergen, ne de çok küçük olmayan 11- 13 yaş grubu çocuklarını koruma konusundaki yetersiz ebeveynlikleri olabilir. Ancak çalışmamızda anne babaların ebeveynlik işlevlerine bakmadığımız için bunu söyleyebilmek çok da uygun görülmemektedir. Çalışmamızda bulduğumuz 14 yaş altı çocukların daha fazla aile dışından biri tarafından istismara uğradığı bulgumuzun, uluslararası yazından farklarıyla ilişkili olarak tanımlamaya çalıştığımız kültürel etkenleri belirtmekteki bir başka kısıtlılığımız da örneklem sayımızın az oluşudur. Bu nedenle yaş ve istismarcının özelliklerini de içeren risk etkenlerinin arttırıldığı, daha fazla sayıda olgunun yer aldığı ve belki de ebeveynlik işlevlerinin de dâhil edildiği çalışmalara gereksinim vardır. Aile dışı istismarcı varlığının daha fazla tanımlandığı çalışmanın küçük yaş grubunda, açıklanmamış olası aile içi istismar varlığı da olguların takip sürecinde akılda tutulması gereken bir başka konudur. Bu anlamda 14 yaşın üzerindeki olgularda daha çok aile içi istismarın tanımlanmasının nedenlerinin de aile içinde istismarın bir sır olarak sürmesine izin veren kültürel etkenlerle ilişkili olabileceği düşünülebilir.

İstismarcı cinsiyetinin kadın olduğu Cİ olgularının ise gerçek yaygınlığı halen net olarak bilinmemektedir; ancak çocuk ve gençlere yönelik istismarların %5'inden daha azından sorumlu oldukları düşünülmektedir. Bazı çalışmalarda kadın istismarcı oranları %4 ile %92

arasında tanımlanmaktadır (83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91). Kadın istismarcılar tarafından daha çok istismar edilen cinsiyetin erkek cinsiyet olduğu saptanmıştır (82). İstismarcı cinsiyeti bizim çalışmamızda oldukça düşük oranda kadındı. Hem oranın düşüklüğü, hem de bu istismarcının istismarda bulunduğu cinsiyetin erkek olması yazınla uyumlu olmakla birlikte; istismarcı cinsiyetinin tanıya etkisini belirleyememiş olmamız, örneklem sayısı ve kadın cinsiyet tarafından istismar sayısının az olması ile ilişkili olabilir.

Yazında istismarın nerede gerçekleştiğine ilişkin verilerin etkileri, istismarın yerinden (evde, dışarıda gibi) çok kim tarafından olduğu ve bu durumun ruhsal etkilerinin nasıl olduğu ile ilişkilidir. İstismarcı ve kurban ilişkisini inceleyen birkaç çalışmada (92, 93, 94) aile içi istismar kurbanlarının daha fazla fiziksel ve duygusal zarar gördüğü tespit edilmiştir. Aile içi ilişkilerdeki güvenin bozulmasının negatif sonuçlara (örneğin; PTSD) daha fazla neden olacağı düşünülmekte; aile içi ve ev ortamında istismara uğrayan çocuklarda uyku, yeme ve enerji sorunları gibi depresif belirtilere de daha sık rastlanmaktadır (42). Bizim çalışmamızda istismarın gerçekleştiği yer olguların %39,5’unda ev olup, istismar yerinin tanı oluşumu üzerine etkisi saptanmadı. Ancak “sleeper effect= uyku etkisi” fenomeninde de bahsedildiği gibi; gelişimin erken dönemde meydana gelen bazı Cİ olgularının sonuçlarının geç ergenliğe ya da genç erişkinliğe dek bulgu vermeyebileceğini düşünürsek, değerlendirme sürecinde herhangi bir tanı ya da belirti saptanamayan olgularda zaman içerisinde klinik olarak değişiklik olabileceğini düşünmek mümkündür. Nitekim özellikle ev ortamında ve tanıdık biri tarafından gerçekleşen istismarlar daha uzun sürmekte ve daha fazla post-travmatik belirtilerle gitmektedir (80).

Cİ’nin biçimi ve erişkin dönemdeki sonuçları kız ve erkek çocuklar için farklı olabilmektedir. Erişkin dönemde herhangi bir sekelin gelişmesi açısından kızların daha fazla risk altında olduğu söylenirken; erkek Cİ kurbanları için erişkin döneme ait olumsuz sonuçların daha az bulunduğu öne sürülmektedir (28). Bu durum erişkin döneme ulaşmış erkek kurbanlarda Cİ’ye ikincil sorunların daha az bulunmasından çok erkek çocukların uğradığı istismarların daha az bildirilmiş olması ve bu nedenle saptanamamış olmasından da kaynaklanabilmektedir. Cİ kurbanlarının erişkin dönemdeki işlevselliğini yordayan en önemli göstergelerden biri istismar eyleminin içerdiği fiziksel temasın düzeyidir. İstismarcı ile kurban 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 bulunmaktadır (28). Yazında erkek çocukların Cİ’ sinde eylem sırasında güç kullanımından ve daha çok aile



bireyleri dışındaki kişiler tarafından olmasından ve erkek çocukların istismarında anal penetrasyonun sık görüldüğünden bahsedilmektedir (17, 30). Bizim çalışmamızda tüm olguların %45,2'sinde görülen penetrasyon varlığının tanı alma ya da belirti oluşumuna etkisinin istatistiksel olarak anlamlı saptanamaması, istismarda temasın artmasının kişide görülebilecek ruhsal sorunları arttırdığına ilişkin verileri desteklememektedir. Bu uyumsuzluk, olgu grubu içinde tanı almayan grubun oldukça az olması (7 kişi; %22,6) ancak sonuçta örneklem sayısının yetersiz olması ile ilişkili olabilir. Erkek olgularda penetrasyonla istismarın kız olgulara göre daha fazla saptanması ise yazınla uyumlu bir bulgudur. Birçok çalışmada istismarın şiddetini belirleyen bir etken olarak tanımlanan penetrasyonun tanı üzerine etkilerini saptamak için daha geniş örneklem grubunda yapılacak çalışmalara gereksinim vardır.

Cİ ile ilişkili pek çok çalışmada Cİ eylemi sırasında zorlama ve şiddetten bahsedilmekte ve yazında Cİ' nin fizik istismar ile birlikteliğine sık rastlanmaktadır (63). Çalışmamızda olgular tarafından %44,7 olarak tanımlanan fizik istismar ve %10,5 olarak saptanan zorlama oranları yazında belirtilenlerden düşük olarak saptanmakla birlikte; aile içinde şiddetin olgu grubunda kontrollerden 6 kat daha yüksek olduğunu saptamamız bu konudaki yazını destekler niteliktedir (28, 30, 95).

Cİ'ye uğramış ergenlerin klinik izleminde akılda tutulması gereken önemli noktalardan biri de gebelik olasılığıdır. Cİ'de gebelik oranlarına dair yazında net bilgilere ulaşılamamakla birlikte bizim çalışmamızda kız olguların 3'ünde (%10) küretajla sonlandırılmış gebelik olduğunun belirlenmesi, Cİ'ye uğramış 18 ergen ve 22 erişkini içeren ve bir olguda gebeliğin bildirildiği yazınla benzerlik göstermektedir (59). Ekonomik, fiziksel, ruhsal ve ebeveynlik gücü henüz yeterince gelişmemiş olan ve kendini yeterince olgun hissetmeyen ergen, halen kendisine annelik yapılmasını bekleyen bir birey niteliğindedir (62). Hem ergenin ruh sağlığı açısından, hem de planlanmayan gebelikleri önleyebilmek amacıyla ve gebeliğin Cİ'nin mutlak kanıtlarından biri olarak ele alınması nedeniyle, Cİ yakınması ile başvuran tüm kız olgularda biyokimyasal analizler özellikle de gebelik testi ve gerekli fiziksel incelemeler yapılarak, olası bir gebelik mutlaka araştırılmalıdır (30).

Yazında Cİ'ye ikincil olarak ortaya çıkabilen ruh sağlığı sorunları hem kısa dönem hem de uzun dönem etkileri ele alınarak incelenmiştir. Cİ'nin kısa dönemde dışı vurum davranışları, akademik başarıda düşme, düşük öz güven ve artmış anksiyete ve depresyon düzeylerine neden olduğu; uzun dönemde ise çocukluk döneminde Cİ'ye uğramış

erişkinlerin depresyon ve anksiyete bozuklukları ile cinsel işlev sorunlarını sıkça yaşadıkları belirtilmektedir (21, 96). Cİ'ye uğrayan çocuklarda görülen anksiyete bozuklukları içinde çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı ile ilişkisi en tutarlı olarak gösterilen belirtilerin PTSD belirtileri olduğuna vurgu yapılmaktadır (21, 96). PTSD, Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda %44–71 oranlarında görüldüğü bildirilen ve en sık adı geçen ruhsal bozukluktur. Bazı çocuklar PTSD' nin tüm tanısal ölçütlerini karşılamasalar da olayı yeniden yaşantılama davranışları, korku, kaygı ve konsantrasyon güçlükleri belirtileri gösterebilmektedir (8, 26). Çalışmamızda olguların %81'inin psikiyatrik tanı aldığı; bu tanılarının olguların %56'sında anksiyete bozukluğu ve komorbid depresyon, %24'ünde anksiyete bozukluğu, %12'sinde komorbid anksiyete bozukluğu, depresyon ve DEHB, %4'ünde DEHB ve %4'ünde madde kullanımı olduğu görülmüştür. Cİ sonrası gelişen depresyonun incelendiği çalışmalarda Cİ' ye uğramış kız ergenlerin uğramayanlara göre dört kat daha fazla depresyon tanısı aldığı saptanmıştır (97). Kurbanın istismarcı ile ilişkisinin de belirti dışı vurumundaki çeşitliliğe katkısı olduğu düşünülmektedir. McLeer ve ark.'nın (1988) bir çalışmasında da babaları tarafından istismara uğramış çocuklarda, diğer erişkinlerce ya da daha büyük çocuklarca istismara uğrayanlara göre daha fazla PTSD belirtisi görülmüştür (96). Çalışmamızda da özellikle tanı alan hastaların %41,9'unun PTSD tanısını aldığı ve %29'unun ise majör depresyon tanı ölçütlerini karşıladığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda olgu grubunda kontrollerle kıyaslandığımızda anlamlı oranda daha fazla psikiyatrik tanı ve belirti bulmamız ve bu tanı ve belirtilerin dağılımı söz konusu yazınla son derece uyum göstermektedir (8, 21, 26). Hem bizim çalışmamızda hem de bu konuda yayımlanmış çalışmalarda tanılarının büyük kısmının anksiyete bozukluğu özellikle de PTSD ve depresyon olduğu belirlenmiştir (21, 42).

Cİ'nin uzun dönem etkilerine yönelik bir çalışmada çocukluk döneminde Cİ'ye uğramanın erişkin dönemde psikiyatrik tanı almayı önemli ölçüde etkilediği bildirilmektedir. Şiddetli Cİ olguları ile komorbid depresyon ve anksiyete tanılarının önemli derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (42). Bizim çalışmamızda da olgu grubunda komorbid tanılarının özellikle anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk olarak ilk sırada yer alması söz konusu yazınla uyumludur. Ayrıca olgu grubunda daha az görülmekle birlikte madde kullanımının da anksiyete bozuklukları ile komorbid olabildiği saptanmıştır. Her ne kadar çalışmamızın olgu grubunda madde kullanımını yüksek oranlarda saptamamışsak da; madde kullanımı Cİ ile ilgili uluslararası yazında (63, 96) sıkça tanımlanan bir sorundur. Madde kullanımı travmaya ikincil olabileceği gibi, kurbanların ailelerinde de sıkça

rastlanan bir işlev bozukluğu sebebi olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle ebeveynlerin alkol/ madde kullanımı çocukların yeniden istismar edilme riskini artıran bir durumdur (63, 64). Yurt dışında yapılan çalışmalarda Cİ ile ilişkili madde kullanımının yaygınlığı daha yüksek oranlarda tanımlanırken, çalışmamızda madde kullanımı tanısının %3,2 olarak saptanması, ülkemizde Ögel K. ve ark. (2004) yaptığı bir çalışmada ortaöğretim öğrencilerinde yaşamı boyunca en az bir kez madde kullanımının için esrar için %4,0, uçucu maddeler için %5,1, eroin ve ekstazi için %2,5 olarak belirtildiği oranlarla uyumlu bir orandır.

Yazında DEHB'si olan gençlerin istismara uğrama riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir. DEHB ve Cİ birlikteliği olan gençlerin daha fazla dışa vurum belirtileri gösterdiği ve akranlarınca daha fazla dışlandıkları vurgulanmaktadır (100). Çalışmamızın her iki grubunda da DEHB'nin yalnız başına ya da komorbid olarak depresyon ile birlikte en az rastlanılan olan tanı olarak saptanması; DEHB'nin Cİ ile birlikteliğine rastlanabileceği ama bu oranın anksiyete, depresyon ve uzun dönemde madde kullanımı, kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu ve dissosiatif belirtiler kadar da fazla oranlarda olmadığını belirten yazınla (99, 101) uyumludur. Bizim çalışmamızda DEHB ve Cİ komorbiditesi tanı oranlarının yazındaki çalışmalardan daha düşük saptanması, bu çalışmalarla mevcut çalışma arasındaki yöntemsel farklılıklarla ilişkili olabilir. DEHB tanı oranının daha yüksek olarak saptandığı bu çalışmalar kontrol grubu içermeyen ve sadece dağılımı belirleyen çalışmalardır (102).

Çocukluk döneminde Cİ kurbanlarının %21-36'sının kısa dönemde belirtilerinin olmadığı, %64-79'unun ise değişken bir belirti yelpazesi gösterdiği bildirilmektedir (8). Travma belirtileri çocuk istismarı yazınında en sık çalışılan konulardan biridir. Çalışmamızda olgu grubunun %67,7'sinin asemptomatik olduğunun görülmesi; yazında Cİ'ye uğrayan çocukların yaklaşık %40'ının çok az belirtisinin olduğunu ya da hiç belirtisinin olmadığını bildiren çalışmaları destekler niteliktedir (3, 103). Minör bir istismara uğramış olabilecekleri, daha dayanıklı çocuklar olabilecekleri ya da sıkıntılarını maskeleyen bir başa çıkma biçimine sahip olabilecekleri bu çocuklarda belirti görülmeişinin nedenleriyle ilgili olarak yapılmaya çalışılan açıklamalardır (3). Yazında bu belirtisiz grup içindeki çocukların %10- 20' sinin 12-18 ay içinde daha da kötüleşebileceği veya belirti göstermeye başlayabilecekleri belirtilmektedir (3, 103, 104). "Uyku etkisi" olarak tanımlanan bu fenomen akılda tutularak, belirtisiz olduğu saptanan Cİ olgularının zaman içinde yeniden değerlendirilmeleri ve klinik değişikliklerin izlenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile üyelerinin ruhsal süreçlerini etkilerken, bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işleyiş tarzını etkilemektedir. İşlevsel olmayan bir aile sorun ve çatışmaları tolere edememekte, böyle bir ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine neden olmaktadır (48). ADÖ ile yapılan çalışmalara bakıldığında, ruhsal sorunu olan üyelerinin bulunduğu aileler, diğer çalışmalarda da kontrollerden daha sağlıklı bulunmuştur (53). Yazında çocukların okula gitmek istemediği (okul reddinin tanımlandığı) ve kolaylıkla tanı örüntüsü tanımlanamadığı durumların aile işlevlerinin yetersiz olduğu zamanlara rastladığı belirtilmiştir (105, 106). Çalışmamızda İletişim (ADÖ 2) ve Gereken İlgiyi Gösterme (ADÖ 5) alt test ortalamaları açısından olgu grubunda kontrol grubuna göre sağlıklıya daha yakın sonucun olduğunun saptanması, Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerin bir kısmının değerlendirme sırasında "belirtisiz"="symptom-free" olabilmesi ile ilişkili olabilir. Cİ'ye uğramış çocuk ve gençlerde görülen belirtileri araştıran bir çalışmada 219 kız ve 21 erkek çocuğun %49'unun self-report ölçek sonuçlarına göre herhangi bir uyum güclüğü göstermediği saptanmıştır (107). Yine bir başka çalışmada 369 çocuğun %21'inde sosyal çalışmacılarca doldurulan belirti tarama listelerinde herhangi bir davranışsal belirti göstermedikleri bildirilmiştir (108). İstismarla ilişkili etkenlerin olası etkisini tespit etmek, sonuçlardaki bu çeşitliliği anlayabilmek için önemlidir (20). Bu nedenle çalışmamızda Cİ ile birlikte confounding faktör olabileceği düşünülen demografik değişkenler olan anne eğitimi, ailede şiddet, baba alkol kullanımı ve sosyal desteğin olgu olmayı belirlemede ve ölçekler üzerindeki etkisini incelemek için lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Bu değerlendirmelerde anne eğitimi ve aile içi şiddetin olgu olmayı belirlemede en önemli değişkenler olduğu ve bu iki değişkenin ADÖ 2, ADÖ 5 ve SBYÖ-ABC alt ölçekleri üzerinde kafa karıştırıcı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Sosyal destek ve baba alkol kullanımının ise lojistik regresyon analizinde kafa karıştırıcı değişkenler olduğu belirlenmiştir. İletişim ve Gereken İlgiyi Gösterme alt test ortalamaları dışındaki alt ölçek ortalamalarında iki grup arasında farklılık saptanmaması, confounding faktörlerin diğer alt test ortalamalarını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan olgu grubunun sayısındaki kısıtlılık nedeniyle de fark saptanamamış olabilir. "uyku etkisi" olarak tanımlanan ve süreç içinde belirti ve tanıları kesinleşen bir alt grup nedeniyle de istismara uğramış grup içinde kendini olduğundan daha iyi göstermeye eğilim söz konusu olabilir. Diğer ADÖ alt testlerinin ortalamalarının iki grup arasında farklı saptanamaması, Cİ' inin süregelen bir olay olmaktan çok olgu grubunun büyük çoğunluğunda tek sefer olan bir durum olması ile de ilişkili olabilir. Nitekim hastalık seyrinin ve hastanın genel

işlevsellik düzeyinin aile işlevselliğini farklı biçim ve düzeylerde etkilediği, süreğen davranış bozukluklarının bazı aile işlevlerinde sorun yarattığı yazında öne sürülen bulgulardandır(48). Bu bağlamda istismar süresinin daha uzun olduğu gruplarla aile işlevselliğinin değerlendirildiği ve daha fazla işlev bozukluğu olup olmadığının saptanabileceği çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Ana-baba tutumlarının özellikle çocukla daha uzun süre geçiren anne tutumunun çocukluktan başlayarak, benlik yapısının gelişmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (57). Çocuğun bakımından öncelikle anne ve baba sorumlu olduğu gibi, anne-babanın sevgi dolu ve olumlu tutumları çocuk için oldukça önemlidir. Anne ve babaların çocuklarına karşı tutumları; çocuğun özellikleri ile kendi kişilik ve demografik özelliklerinden etkilenebilmektedir. Anne-baba-çocuk üçgenindeki iletişim biçimi ise bireyler üzerinde uzun veya kısa süreli, olumlu veya olumsuz etkiler oluşturmakta; anne-babalar ve çocuklar birbirlerine hem uygun biçimde hem de uygun olmayan biçimde davranmayı öğretmektedirler (109). Bu nedenle çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında anne ve babaların tutum farklılıklarının olup olmadığı PARI ile incelenmiştir. Çalışmamızda PARI alt ölçeklerinin ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaması, Türk toplumu ve daha birçok toplumda, çocuk yetiştirme tutumları ile ilgili kültürel ve geleneksel bazı görüşlerin ya da aileye ve bireye ait diğer sosyo-demografik özelliklerin bu alt ölçekler üzerine etkisi ile ilişkili olabilir. Ancak kültürel özelliklerin ana baba tutumlarına etkisini daha geniş örneklem grupları içinde değerlendirilecek yeni çalışmalar bu konuda aydınlatıcı olabilecektir. Çalışmamızda 14 yaş altında istismarcının daha çok aile dışından biri olduğu ve istismar süresinin tek sefer olarak saptandığı yönündeki bulgumuz da olgu grubundaki ana baba tutumlarının kontrol grubuna oranla daha sağlıklı olmaması ile ilişkili olabilir.

İstismarla ilişkili bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin istismara uğrama ve tanı oluşumu üzerine etkilerine dair elde ettiğimiz verilerin yanı sıra incelediğimiz önemli özelliklerden biri de başa çıkma biçimlerinin olgu ve kontrol grupları arasındaki farklılığının olgu olma ve tanı oluşumu üzerine etkileriydi. Bireylerin travmatik veya stresli olaylarla nasıl başa çıktıkları, olumsuz yaşam koşullarına verdikleri ruhsal tepkileri doğrudan etkilemektedir. Ergenler içinde buldukları dönemin özelliği olarak da yaşantılarını normal koşullar altında da stresli algılama eğilimindedirler. Buna bir de Cİ gibi gerçek bir yaşam stresörü eklendiğinde, bu durumla etkin bir biçimde başa çıkabilmeleri ruh sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (110).

Problem odaklı başa çıkma; sorunlu insan-çevre ilişkisinin, problem çözme, karar oluşturma ve/ veya hareket yoluyla kontrol edilmesi için kullanılır. Böylece sıkıntıya neden olan problemlerle başa çıkmak amaçlanmaktadır. Cİ öyküsü olan kişilerde duygu odaklı başa çıkma biçimlerinin uzun dönemde negatif psikolojik sonuçlarının olduğu, sosyal destek arama ve problem çözmeye yönelik başa çıkma biçimlerinin ise daha az psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (111). Problem odaklı bir baş etme biçimi olan Aktif Başa Çıkma (ABC), strese uyum süreçleriyle ilişkilidir. ABC'yi daha yaygın olarak kullanan ergenlerde daha az depresif belirti görüldüğü bildirilmektedir (112). Yazında ABC'nin daha az travma belirtisi ile ilişkili olduğunu belirten çalışmaların yanında, başa çıkma ile travma belirtileri arasında ilişki saptayamayan çalışmalar da bulunmaktadır (113, 114). Örneklerin oluşturulma biçimlerinin farklı belirti tiplerini tanımlıyor olması ve başa çıkmayı değerlendiren ölçeklerin çeşitliliği, sonuçların birbirinden farklı oluşunu açıklayabilir. SBYÖ-ABC'nin ortalamalarını kontrollere göre daha fazla psikiyatrik tanı alan olgu grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olarak belirlememiz, problem odaklı başa çıkma daha az kullanan bireylerde ruhsal sağlık sorununa daha fazla rastlandığını belirten yazınla uyumludur.

Sosyal destek arama (SDA) ise uzun dönemdeki olumsuz psikolojik sonuçlarla negatif yönde ilişkilidir. SDA'nın çocukluk ve ergenlikte görülen Cİ gibi stresli yaşam olaylarına karşı koruyucu bir etkisi vardır (111). SDA hem problem odaklı, hem duygu odaklı karma bir başa çıkma biçimidir (115). Annelerde SDA alt ölçeği açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışsa da; kontrol grubu annelerinin sosyal destek arayışı ortalamasının, tanı alma oranı daha yüksek olan Cİ olgularının annelerinkinden daha yüksek olması SDA'nın koruyucu rolünün bir sonucu olabilir. SDA'yı daha az kullanan olgu grubu anneleri bu nedenle Cİ ve ona eşlik eden ortamın olumsuz etkilerine karşı uygun yöntem oluşturamamış olabilirler.

Cİ kurbanlarında problem odaklı baş etme biçimlerinden ABC ve SDA'nın az, emosyon odaklı baş etme biçimlerinden ise geri çekilme ve kendini suçlamanın sık kullanıldığı ve Cİ kurbanlarının uyum sağlamaya yönelik başa çıkma daha az kullanmakta olduğu belirtilmektedir (116).

Hem yurt içi hem de uluslararası yayınlarda başa çıkma biçimlerinin alt ölçeklerinin tümüne ait veriler tanımlanmamakta, genellikle problem odaklı/duygu odaklı, yaklaşma/kaçınma ve SDA gibi başlıklar altında değerlendirilmektedir (117). Tüm alt ölçeklerle ilgili yeterli incelemelere rastlanmamakta; ancak her bir alt ölçek için elde edilen ortalamaların fazlalığının o alt ölçekle ilgili başa çıkma davranışlarının daha fazla

kullanıldığına işaret ediyor olması sonuçları kısmen yorumlamaya olanak tanımaktadır. Çalışmamızda emosyonel nitelikteki başa çıkma biçimlerinden olan GÇ, AYS, KS, ÇY ve ÇKSY alt ölçeklerinin hepsinin ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı saptanmamakla birlikte kontrol grubundan yüksek olduğunun saptanması, istismara uğramış ergenlerin başa çıkma yollarını araştıran birçok çalışmada belirtilen kaçınma tipi başa çıkma biçimlerinin daha çok kullanıldığı ve bununla paralel olarak anksiyete ve depresyona da daha sık rastlandığı yönündeki bulgularla uyumludur. Kaçınma tipi başa çıkma biçimleri; kişinin çatışmayı görmezden gelmesi ya da bundan sakınması, geri çekilme, vazgeçme şeklindeki davranış biçimleridir (118). Geri çekilme, istismara uğramış çocuklar ve ergenlerde en sık bildirilen başa çıkma biçimidir (112). GÇ başa çıkma biçimi eğer kısa süreli kullanılırsa uyum sağlamaya yardımcıdır; ancak uzun süreli kullanımı özellikle erişkin dönemde artmış ruhsal sağlık sorunları ile ilişkilidir (111). Bizim çalışmamızda iki grup arasında bu alt test için istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamasa da, GÇ ortalamasının olgu grubunda kontrol grubundan daha yüksek olduğu tespit edilmesi, uzun dönemde gelişebilecek ruh sağlığı sorunları ile ilişkili olabilir. Sonucu açısından önceki çalışmalara benzer bir başka çalışmada da GÇ ve SDA başa çıkma biçimlerinin tanı açısından yordayıcı olmadığı, ancak uzun dönemdeki psikiyatrik sorunlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (115). Ancak bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlılığı olan bu yönde bir bulguya ulaşabilmemiz için daha uzun dönemli bir izlem çalışmasının yapılması ya da daha büyük bir örneklem grubu ile çalışılması gerektiği düşünülmektedir.

Cİ'yle ilgili olarak emosyon odaklı başa çıkmaların daha sık kullanıldığını belirten yayınlara tutarsız olarak bir başka çalışmada kişinin güncel yaşam stresörlerine yönelik kullanılan başa çıkma biçimleri ile Cİ gibi ciddi bir yaşam stresörü karşısında kullanılan başa çıkma biçimlerinin farklı olabileceği; kişi güncel yaşamda daha çok emosyon odaklı baş etmeleri kullanıyor olmasına rağmen Cİ gibi travmatik bir olayla karşılaştığında hem problem, hem duygu odaklı başa çıkmaları kullanabileceği belirtilmektedir (115). Olgu ve kontrol gruplarına ait SBYÖ ve SBÖ alt ölçek ölçeklerinden SBYÖ-ABC dışındaki alt ölçeklerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması istismar durumunda kişinin güncel stresörlerden farklı olarak Cİ karşısında hem problem hem duygu odaklı mekanizmaları bir arada kullanıyor olması ile ilişkili olabilir. İlişki bulunamamasının bir başka açıklaması da başa çıkma biçimlerinin etkinliğine katkıda bulunan kişisel, kişiler arası ve çevresel etkenlerin nitelikleridir. Bireye ve yaşanan ortama ait özellikler kullanılan başa çıkma biçimlerini etkiliyor olabilir Belki de başa çıkma biçimleri belirtileri

azaltmaktan çok, kişinin travma belirtilerinin üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır (114).

Taylor (1991), baş etme stratejileri ile ilişkili olarak mobilizasyon-minimizasyon kuramını geliştirmiştir. Bu kurama göre kişi negatif bir yaşam olayı ile karşılaştığında bu tehlikle baş edebilmek için kişinin intra- ve inter-personel güçleri harekete geçer. Tehlike uzaklaştığında mobilizasyon süreci tersine döner ve kişi negatif olaya yanıtlarını minimize etmeye çalışır. Minimizasyon sürecinde parasempatik sinir sistemi aracılığı ile uyarıların etkisini azaltmak, negatif olayın etkisini hafifletme arzusu, negatif olayla ilgili bir nedensellik ve kendilik arayışı ve negatif deneyimin inkârı yer alır. Yani negatif olay karşısında ayakta kalabilmek için kişi tüm güçlerini mobilize eder ve ardından tehlike uzaklaştığında baş etme yanıtlarını minimize eder. Bu da edilgenlik ya da inkar gibi görünebilir (116). Çalışmamızda ergenler ve ebeveynlerin doldurduğu ölçeklerin özellikle SDA ve emosyon odaklı alt ölçek ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamış olması Cİ karşısında olgu grubundaki ergenlerin mobilizasyon-minimizasyon süreçleri ile ilişkili olabilir.

Dayanıklılık (resilience) hakkındaki çalışmalar stresli yaşam deneyimlerine maruz kalma sonucunda niçin bazı çocuklar belirti çıkarmaz ya da çok az belirti çıkarırken, bazılarının önemli bozukluklar çıkardığını anlamaya çalışmaktadır. Çocukların gelişimsel durumlarını inceleyen bazı çalışmalar çocukluk çağında ciddi sıkıntılar yaşamasına rağmen bazı çocukların uzun dönemli sosyal ya da psikiyatrik bozukluk yaşamadığını göstermektedir. Werner (1982) Hawai’ de 700 bebek üzerinde yaptığı bir çalışma ile gelişimsel sonuçları inceleme konusundaki ilk büyük çalışmalardan birini yürütmüştür. Ciddi doğum komplikasyonu yaşamış olan bebekler pek çok uzun süreli gelişimsel güçlük yaşamış ancak destekleyici aile ortamının oluşturduğu koruyucu şeklindeki koruyucu etkenlerin varlığı ile gelişimlerinde hafif ya da orta düzeyde varyasyonlar ile bu süreci tamamlamışlardır. Bu grup çocuklara stres ve travmanın etkilerine karşı “invulnerable” (sağlam, yenilmez) denilebilir; “dayanıklılık” terimi güçlüklerin üstesinden gelebilen kişileri tanımlamak için artık sıklıkla kullanılmaktadır. Dayanıklılık gösteren kişiler, koruyucu etkenler yolu ile tamponlanmış olabilir. Sosyal destek, özellikle de yakın ilişkiler istismarın sonuçlarına karşı en göze çarpan koruyucu etkidir. Sosyal destek gibi koruyucu etkenlerin varlığının istismarın etkilerini hafifletmesine karşın, çocuklar bir noktaya kadar dayanıklıdır. Risk etkenleri koruyucu etkenlerden daha ağır bastığı zaman, koruyucu etkenlerin varlığına rağmen çocuğun uyumu kötüleşecektir (4). Bu nedenle çalışmamızda da araştırılan Cİ için



olası risk etkenlerinin tanımlanmasının ve Cİ'nin sonuçlarını etkileyebilen bireysel ve ailesel özelliklerin ortaya koyulmasının; hem koruyucu ruh sağlığına, hem de istismara uğrayan bireylerin psikiyatrik tedavi ve izlemine önemli katkıları olacağı kaçınılmazdır.

Bu çalışmanın sonucu konu hakkında yapılmış daha önceki çalışmaların pek çoğu ile paraleldir. Çalışmaya dâhil edilen hasta sayısının bir yıl içindeki başvurularla sınırlı tutulması ve bu nedenle örneklem sayısının az olması; yazında Cİ ile ilişkili olduğu gösterilen bazı değişkenlerin bizim çalışmamızda anlamlı bulunamaması ile sonuçlanmış olabilir. Hasta sayısının az olması bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri gibi gözükmektedir. Örneklem sayısının artırılması ile daha sonra yapılabilecek çalışmalarla mevcut değişkenleri yeniden değerlendirmek mümkündür. Ayrıca yine örneklem sayısının arttırıldığı daha geniş bir grupta, tanı almayı etkileyebilecek yordayıcıları saptamaya yönelik çalışmalardan da koruyucu ruh sağlığını kalkındırmak adına önemli sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

## **ALTINCI BÖLÜM**

### **6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

#### **6.1. Olgu ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı sosyo-demografik verilerin sonuçları:**

- Olgu ve kontrol grupları içerisinde kız ve erkek cinsiyetin dağılımı ve yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.
- Okula gitmeme oranı ise olgu grubunda, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.
- Olgu grubunda kardeş sayısının daha fazla olduğu ve ailenin küçük çocuğu olma eğilimi yönünden olgu grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi.
- Fiziksel hastalık olgu grubunda kontrol grubundan daha fazlaydı.
- Yaşadıkları yer yönünden iki grup arasında istatistik olarak anlamlı farklılık yoktu; her iki grubun da tamamına yakını ailesinin yanında yaşıyordu.
- WISC-R değerleri yönünden iki grubun karşılaştırılması sonunda olgu grubunun WISC-R değerlerinin daha düşük olduğu tespit edildi.

#### **6.2. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulguların sonuçları:**

- Annelerin öz ya da üvey anne olması, yaşı, ruhsal hastalık varlığı, çalışıp çalışmadığı ve alkol kullanımı açısından olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Annelerin eğitim düzeyi yüksek ve düşük olarak gruplandırıldığında, olgu grubundaki annelerin eğitim düzeyi kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü.

#### **6.3. Olgu ve kontrol grubundaki babaların özelliklerine ait bulguların sonuçları:**

- Babaların öz ya da üvey baba olması, yaşı, eğitimi, ruhsal hastalık varlığı ve çalışıp çalışmaması yönünden olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

- Olgu ve kontrol grupları babalarla ilgili değişkenler yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan tek değişkenin baba alkol kullanımı olduğu tespit edildi. Olgu grubundaki babaların düzenli alkol kullanımı, kontrol grubundan daha yüksekti.

#### **6.4. Olgu ve kontrol grubu ailelerinin özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulguların sonuçları:**

- Marital sorun olgu grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı.
- Aile içinde şiddet olgu grubunda kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek orandaydı.
- Ailede cinsel örseleme öyküsü kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksekti.
- İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte olgu grubundaki ailelerin sosyal çevre desteği kontrol grubundan daha az ve kardeşlerde herhangi bir ruhsal hastalık olma oranı daha yüksekti.
- Bir ya da iki ebeveynin yokluğu yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

#### **6.5. Olgu grubunda cinsel istismara ait verilerin sonuçları:**

- Cİ'yi ilk olarak bildiren kişi olguların yarıya yakınında istismara uğrayanın kendisiydi; giderek daha azalan oranlarda annesi, kardeşi / akrabası ve doktoru yer alıyordu.
- Olguyu polikliniğe ilk kez yönlendiren kişi ya da kurum ise olguların çok büyük bir kısmında adli kurumdu; bunu ebeveyn, sosyal hizmetler, okul, jandarma ve diğer sağlık kurumu izliyordu.
- İstismarın ilk olarak bildirildiği yer yer ya da kurum ise olguların yarıya yakınında polis teşkilatıydı ve ardından okul, adli kurum, jandarma, gardiyanlar ve diğer sağlık kurumu gelmekteydi.
- Cİ' nin görüldüğü yaş aralığı 5 ile 17 arasında ve ortalama Cİ görölme yaşı ise 12,7 ( $\pm 2,2$ ) olarak belirlenmiştir.
- Cİ' nin sonlanma yaşı ise 10 ile 17 arasındaydı ve ortalama sonlanma yaşı 13,24 ( $\pm 1,7$ ) olarak saptanmıştır.

- İstismar süresinin olguların %76,3'ünde tek sefer, sıklığının ise %65,8'inde bir kez olduğu belirlenmiştir.
- İstismar olgularının %76,3'ünde istismarcı aile dışındandı ve bu istismarcılar sırasıyla okul personeli, yabancı biri, komşu, erkek arkadaşı, herhangi bir arkadaşı, bir uzak akrabası, hapisteki diğer suçlular ya da kuzeni idi.
- Aile içinde gerçekleşen istismarlarda ise istismarcılar sırasıyla ağabey, öz baba, üvey baba ya da abla idi.
- İstismarcı sayısının olguların %89,5'ünde bir kişiydi.
- İstismarcı cinsiyeti olguların sadece birinde kadındı.
- İstismarcı yaşı ise 14 ile 79 (ortalama: 34,7; SD:17,1) arasında değişiyordu.
- İstismarın gerçekleştiği yer olguların %39,5'inde ev, %60,5'inde ev dışıydı.
- İstismarın türleri olarak 25 Cİ biçimi saptanmakla birlikte, penetasyon içeren olgular örneklemin %47,4'ünü oluşturmaktaydı ve erkek olgularda penetasyonla gerçekleşen istismar, kız olgulara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı.
- Olguların %10'ünde küretajla sonlandırılmış gebelik öyküsü vardı.
- Çalışmaya katılan olgu grubundaki ortalama yaş olan 14 yaşın altında istismarcı olguların %74'ünde aile dışından biri iken; 14 yaş üzerindeki grupta %75 oranında aile içindendi.

#### **6.6. Olgu ve kontrol grubunda tanılar ve belirtilerin dağılımına ait sonuçlar:**

- KSADS görüşmesi ile tanı alma oranları olgu grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksekti.
- Anksiyete bozukluğu tanı grubu içinde özgül fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, PTSSB, akut stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanıları; DEHB tanı grubu içinde ise DEHB ve yıkıcı davranım bozukluğu tanıları yer almaktaydı.

#### **6.7. Belirtilerin olgu ve kontrol grupları içerisinde dağılımına ait sonuçlar:**

- KSADS görüşmesinde eşik üstü belirtileri olan ancak tanı almayan durumlara baktığımızda da belirti oluşumu açısından oranlar olgu grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti.

#### **6.8. Olgu grubu içinde tanıya etkili olan sosyo-demografik verilerin sonuçları:**

- Olgu grubu içinde tanıya etkisi olduğu saptanan tek sosyo-demografik değişkenin SED olduğu belirlendi.
- Cinsiyet, anne eğitim düzeyi, baba alkol kullanımı, ailede şiddet, ebeveyn yokluğu, marital sorun, WISCR düzeyi, ailede cinsel istismar öyküsü, penetrasyonla gerçekleşen istismar ve aile sosyal desteği değişkenlerinin tanı oluşumuna etkileri yönünden olgu grubu içersinde tanı olan grupla, tanı olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.

#### **6.9. Cİ olgusu olmayı belirleyen risk etkenlerine ait sonuçlar:**

- Olgu grubunda okula gitmeme oranının kontrol grubuna göre 17,5 kat daha yüksek olduğu saptandı.
- Olgu grubunda 4 ve üzerinde kardeşe sahip olma oranı kontrol grubundan daha yüksekti.
- Fiziksel bir hastalığa sahip olma oranı olgu grubunda kontrol grubundan 3 kat yüksekti.
- Ergenlerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu açısından; 2,4. çocuk olma ile olgu grubu 1,6. çocuk olunan kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı. Bu anlamda ailenin 2,4. çocuğu olma, olgu olma riskini 9,6 kat artıran bir özellik olarak saptanmıştır.
- Anne eğitim düzeyinin düşük olması açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık vardı ve anne eğitim düzeyi olgu grubunda daha düşüktü.
- Babanın alkol kullanımı olgu grubunda kontrol grubundan 2,8 kat daha yüksekti.
- Marital sorun riskinin olgu grubunda kontrol grubuna göre 4,2 kat daha fazla olduğu saptandı.
- Ayrıca olgu grubunda aile içi şiddet açısından 6,1 kat ve ailede Cİ öyküsü açısından 5,8 kat daha fazla risk olduğu tespit edildi.

#### **6.10. Olgu ve kontrol gruplarının ADÖ ve PARI alt ölçeklerinin ortalamalarına göre dağılımının sonuçları:**

- Olgu ve kontrol gruplarının ADÖ alt ölçeklerindeki değerlerinin ortalamasının iki grup arasında farklı olup olmadığını değerlendirildiğinde; ADÖ 2 ve ADÖ 5 alt

ölçeklerinin ortalamalarının olgu grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük yani her iki alt ölçekte de sağlıklıya yakın sonucun olgu grubunda olduğu saptanmıştır.

- Diğer ADÖ alt ölçek ortalamaları yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır
- Olgu ve kontrol grupları arasında PARI alt ölçeklerinin ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

#### **6.11. Olgu ve kontrol gruplarının SBYÖ ve SBÖ alt ölçeklerinin ortalamalarına göre dağılımının sonuçları:**

- Ergenlerde problem odaklı başa çıkma örüntülerinden olan SBYÖ-ABC'nin ortalaması olgu grubunda, kontrol grubundan daha düşük saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.
- Ergen başa çıkma biçimlerini değerlendiren SBYÖ'nün diğer alt ölçekleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.
- Erişkin başa çıkma biçimlerini değerlendiren SBÖ alt ölçekleri açısından ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

#### **6.12. Lojistik regresyon analizi modeline göre Cİ olgusu olmayı belirleyen etkenleri:**

- ADÖ 2 ile birlikte olgu olmayı etkileyebileceğini düşündüğümüz annenin eğitimi, aile içinde şiddet, ailenin sosyal desteği, baba alkol kullanımı değişkenleri birlikte incelenmiştir. Olgu olmayı belirleme açısından riski anne eğitiminin düşük olmasının 4,5 kat, aile içi şiddetin 5,3 kat ve iletişimle ilgili etkenlerin (ADÖ 2) olgu olma riskini 3,1 kat artırdığı görülmüştür.
- ADÖ 5 ile birlikte olgu olmayı etkileyebileceğini düşündüğümüz annenin eğitimi, aile içinde şiddet, ailenin sosyal desteği, baba alkol kullanımı değişkenleri birlikte incelendiğinde de olgu olmayı belirleme açısından risk etkenlerinin anne eğitimi ve ailede şiddet olduğu görülmüştür. Anne eğitim düzeyinin düşük olmasının olgu olma riskini 4 kat, ev içinde şiddet varlığının ise 5 kat artırdığı ve bu iki değişkenin olgu olma riskini ADÖ 5'e göre daha fazla artırdığı belirlenmiştir.

- Olgu olmayı belirleme açısından annenin eğitimi, aile içinde şiddet, ailenin sosyal desteği, baba alkol kullanımını değişkenleri bu kez SBYÖ-ABC alt ölçeği ile birlikte değerlendirildiğinde ise yine anne eğitiminin düşük olması ve aile şiddetin olgu olma riskini artıran etkenler olduğu ve ABC alt ölçeğindeki sağlıklı sonuçların olgu olma riskini 5,8 kat artırdığı saptanmıştır.

Cİ, bireyi ve aileyi yaşam boyu etkileyen, ruhsal olarak hem kısa dönemde hem de uzun dönemde önemli ruh sağlığı sorunlarına yol açan bir yaşam olayıdır. Klinik olarak belirgin bozulma gösteren bireylerin dışında, sonraki kuşaklara dahi yansıyan sonuçları ile etkisini uzun seneler boyunca sürdürebilmektedir.

Cİ gibi önemli bir yaşam stresörünü önleyebilmek için risk etkenlerini iyi tanımlamak ve bunlara yönelik önlemler alabilmek önemlidir. Cİ ile ilgili toplum sağlığı politikalarının oluşturulmasında bilimsel araştırmalarla kanıtlanan bu risk etkenlerine yönelik koruyucu etmenlerin, önlem ve yaptırımların net olarak belirlenmesinin ve uygulamaya geçirilmesinin koruyucu ruh sağlığı çalışmaları açısından çok önemli olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarından da görülmektedir ki, Cİ ile ilgili olarak sadece istismara ait özellikler değil, bireyin ve ailenin de içinde olduğu çok kapsamlı etmenler söz konusudur. Anne ve babalara ait özellikler kadar, bireyin ve aile birliğinin yapısı, yapısı, çocukların ebeveynlerini nasıl değerlendirdikleri, anne babaların tutumları ve yaşam koşulları ile de ilgili pek çok değişken Cİ ve olası olumsuz sonuçları için risk etkenleri arasında yer alabilmektedir. Başa çıkma mekanizmaları da Cİ'ye uğrama ve Cİ'nin sonuçları açısından bireyden bireye önemli farklılıklar gösterebilmektedir.

Konuyla ilgili oldukça fazla değişkenin incelenmiş olması ve ülkemizde bu konuda yapılmış kapsamlı çalışmaların pek fazla olmaması nedeniyle; Cİ'ye yönelik risk etkenlerinin ve Cİ'nin sonuçlarını etkileyebilecek bireysel ve ailesel özelliklerinin araştırıldığı bu çalışmanın önemli bir çalışma olduğu düşünülmektedir. Ancak belki de dayanıklılığın da ele alındığı ve daha geniş örneklem sayısı ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu da bir gerçektir. Cİ için riskli ortamı oluşturan biyopsikososyal temeller tanımlandıkça bu konuyla ilgili alınabilecek önlemler de daha da artırılabilir. Sonuç olarak Cİ ile ilgili bireysel, ailesel ve istismara ait özelliklerin, bunların istismara uğrama açısından etkilerinin ve sonuçlarının tanımlanması ve bu konudaki bilgilerimizin artması toplumun genel ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır. Bunların sonucunda da Cİ ve tabii ki diğer istismarların da önlenmesi ile daha sağlıklı bir topluma ulaşma beklentilerimiz gerçekleşebilecektir.

## **YEDİNCİ BÖLÜM**

### **7. KAYNAKLAR**

1. DSM-IV-TR. (2001), Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal elkitabı. Amerikan Psikiyatri Birliği. (Ed. Köroğlu E), Hekimler yayın birliği, 4. baskı.
2. Şar V. Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar. (1998), “Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2” (Ed. Köroğlu E, Güleç G) içinde, Hekimler Yayın Brliği, Ankara, s: 823- 833.
3. Putnam F. (2003), Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. Jounal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42(3):269–278
4. Zielinski DS, Bradshaw C.P. (2006), Ecological Influences on the Sequelae of Child Maltreatment: A Review of the Literature. Child Maltreatment, 11; 49.
5. Basut E. (2006), Stres, Başa Çıkma Ve Ergenlik. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 13 (1)
6. Taneli S, Albayrak C, Sivrioğlu Y. (1999), “Ben Hasta Değilim: Çocuk sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü” (Ed Ekşi A) içinde, İstanbul, s:531- 541.
7. Walker JL, Carey PD, Mohr N ve ark (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. Archives of Women’s Mental Health, 7: 111–121
8. Kaplan SJ. (2002), Child and Adolescent Sexual Abuse. “Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook” (Ed.Lewis M) içinde, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s:1217- 1222.
9. İşeri E. (2008), Cinsel İstismar. “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı”(ED.Çetin FÇ) içinde, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara, s:470 477.
10. Meran N. Türk Ceza kanunu Madde 94. “Açıklamalı İçtihatlı Yeni Türk Ceza kanunu” içinde, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.
11. Polat O. (2008), Türkiye’de Çocuk İstismarı Kavramının Gelişimi. “2. Uluslar Arası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Sempozyumu” içinde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara



12. Ertuğrul A. (2005), İstismar ve İhmalle İlişkili Sorunlar. “Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri/ Özet psikiyatri. İkinci Baskı” (Ed. Aydın H, Bozkurt A) içinde, Lippincott Williams and Wilkins, s:370- 376.
13. Trickett PK, Kurtz DA, Noll JG. The Consequences of Child Sexual Abuse for Female Development. “Child Sexual Abuse and Female Development” içinde, Chapter 12. University of suthern California, Los Angeles. 90089–0411.
14. Chelf C, Ellis J. (2002), Young Adults Who Were Sexually Abused: Demographics as Predictors of Their Coping Behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 26 313–316.
15. Nancy Kellogg. (2005), The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics*, 116; 506- 512.
16. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O ve ark. (2006), Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*, 30 247–255.
17. Feiring C, Taska L, Lewis M. (1999), Age and Gender Differences in Children’s and Adolescent’s Adaptation to Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 2, 115–128.
18. Gencer Ö, Güvenir T. Çocuk ve Ergenlerde Cinsel istismar. “Çocukluk ve Adolesan Jinekolojisi ve Obstetriği” (Ed. Acar B) içinde, baskıda.
19. Reinemann DHS, Stark KD, Swearer SM. (2003), Family Factors That Differentiate Sexually Abused and Nonabused Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol.18 No.5, 471- 489.
20. Tremblay C, Hebert M, Piche C. Coping Strategies and Social Support as Mediators of Consequences in Child Sexual Abuse Victims. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 23, No. 9, 929– 945
21. Clemmons J.C, Walsh K, DiLillo D. (2007), Unique and Combined Contributions of Multiple Child Abuse Types and Abuse Severity to Adult Trauma Symptomatology. *Child Maltreatment*, Vol.12, No.2, 172- 181.
22. Hebert M, Collin-Vézina D, Daigneault I ve ark. (2006), Factors Linked to Outcomes in Sexually Abused Girls: a Regression Tree Analysis. *Comprehensive Psychiatry* 47; 443– 455.
23. Csorba R, Aranyosi J, Borsos A, ve ark. (2005), Characteristic of female child sexual abuse in Hungary between 1986 and 2001: a longitudinal, prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 12(2):217-21.

24. Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. (2001), Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry*, 179:444-449.
25. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children subject review. *Pediatrics*. (1999), 103:185-191.
26. Glaser D, Rutter M, Taylor E. (2002), *Child Sexual Abuse*. Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Science, 340-358.
27. Finkel MA, DeJong AR. (1994), Medical finding in child sexual abuse. Reece RM (ed). *Child Abuse Medical Diagnosis and Management*. Lea & Febiger, Philadelphia, 185-247.
28. Watson B. (2007), *Sexual Abuse of Girls and Adult couple relationships: Risk and protective Factors*. Griffit University, School of Psychology, degree of doctor theses.
29. Denov MS. (2004), The Long-Term Effects of Child Sexual Abuse by Female Perpetrators: A Qualitative Study of Male and Female Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 19; 1137.
30. Edinburg L, Saewyc E, Levitt C. (2006), Gender Differences In Extrafamilial Sexual Abuse Experiences Among Young Teens. *The Journal of School Nursing*, 22; 278.
31. Bussen S, Rehn M, Haller A ve ark. (2001), Genital findings in sexually abused prepubertal girls. *Zentralbl Gynakol*, 123(10):562-7.
32. Friedrich WN. (1994), Assessing children for the effects of sexual victimization. *New Dir Ment Health Serv*, 64: 17- 27.
33. Lahoti SL, McClainRN, Girardet R ve ark. (2001), Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician*, 63: 883- 92.
34. Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. (1998), Sex Abuse. In: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. (eds), *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Lippincott Raven Publishers, Philadelphia, 751-794.
35. Giardino AP, Finkel MA. (2005), Evaluating child sexual abuse. *Pediatr Ann*, 34: 382-394.
36. Smith WG, Metcalfe M, Cormode EJ ve ark. (2005), Approach to evaluation of sexual assault in children. Experience of a secondary-level regional pediatric sexual assault clinic. *Can Fam Physician*, 51:1347-51.

37. Meran N. Türk Ceza kanunu Madde 287. “Açıklamalı İçtihatlı Yeni Türk Ceza kanunu” içinde, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.
38. Taner Y, Gökler B. (2004), Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 82- 86
39. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE ve ark. (1991), A review of the short-term effects of child sexual abuse. Child Abuse Neglect, 15(4):537-56.
40. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. (2003), Multiple Sexual Victimization Among Adolescent Boys and Girls: Prevalence and Associations With Eating Behaviors and Psychological health, J Child Sex Abus. 12(1):17-37.
41. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. (1996), Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: Psychiatric Outcomes Of Childhood With Sexual Abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(10):1365-1374.
42. Danielson CK, De Arellano MA, Kilpatrick DG. (2005), Child Maltreatment in Depressed Adolescents: Differences in Symptomatology Based on History of Abuse. Child Maltreatment, 10; 37.
43. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, ve ark. (2002), Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. Arch Gen Psychiatry, 59(2):139-45.
44. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J ve ark. (2003), Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. CNS Spectr, 8(10):737-54.
45. Sar V, Akyuz G, Kugu N ve ark. (2006), Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. J Clin Psychiatry, 67(10):1583-90.
46. Noll JG. (2008), Sexual abuse of children; Unique in its effects on development? Child Abuse & Neglect 32 603–605.
47. Kaner S. (2004), Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. T. C. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu, Ankara
48. Ünal S, Kaya B, Çekem B ve ark. (2004), Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4):291- 299.
49. Wechsler D. (1981), Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised, The Psychological Corporation, San Antonio, TX

50. Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1996). Kiddie and Young Adult Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present And Lifetime Version (K-SADS P-L). (Çevirenler: Gökler B, Ünal F, Kültür Çengel SE ve ark)
51. Şahin NH, Durak A. (1995) Stresle başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 10:56–73.
52. Oral A. (1994). Stresle Baş Etme Yolları Ölçeği. Sources of Stres and Coping Strategies During adlescence. Yüksek Lisans Tezi. O.D.T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
53. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, Ankara, 1990.
54. Özşenol F, Işıkhhan V, Ünay B. ve ark. (2003), Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 45 (2) : 156- 164.
55. Büküşoğlu N, Aysan F, Eremiş S. (2001) Okul Fobisi Olan Çocukların Davranışsal Özellikleri, Annelerinin Ruhsal Belirti Düzeyleri ve Aile Fonksiyonlarının İncelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 40 (2): 99- 104.
56. Arı R, Seçer ZŞ. Farklı Ana Baba Tutumlarının Çocukların Psikososyal Temelli Problem Çözme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.
57. Demiriz S, Öğretir AD. (2007), Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi, Cilt:15 No:1; 105- 122.
58. Kapçı EG, Küçükler S. (2006), Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4): 286- 295.
59. Svedin CG, Back C, Soèderback S. (2002), Family Relations, Family Climate and Sexual Abuse. Nordic Journal of Psychiatry, 56: 355– 362.
60. Kendall-Tackett K. (2002), The Health Effects of Childhood Abuse: Four Pathways By Which Abuse can Influence Health. Child Abuse & Neglect, 26 715– 729
61. Gold SN, Lucenko BA, Elhai JD ve ark. (1999), A Comparison of Psychological/ Psychiatric Symptomatology of Women and Men Sexually Abused as Children. Child Abuse & Neglect, Vol. 23, No. 7, 683–692.
62. Bandi GT. (20039, Press Of University of Pretoria etd. Chapter 1.
63. Allagia R. (1999), Contextualizing Maternal Response to Intrafamilial Child Sexual Abuse: An Exploratory Study. Faculty of Social Work University of

Toronto. Degree of doctor theses.

64. 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.
65. Perez CM, Widom CS. (1994), Childhood Victimization and Long-Term Intellectual and Academic Outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 18, (8), 617- 633.
66. Harford KL. (2007), Psychological Consequences of Child Sexual Abuse and the Risk and Protective Factors Influencing These Consequences. College of Arts and Sciences University of South Florida. Department of Psychology. Degree of doctor theses.
67. Saltzman KM, Weems CF, Carrion VG. (2006), IQ and Posttraumatic Stress Symptoms in Children Exposed to Interpersonal Violence. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol. 36(3)
68. Martin CA, Corbeck K.K. (1997), *Parenting: A Lifespan Perspective*. U.S.A. McGraw Hill.
69. *Child Sexual Abuse Among Homeless Adolescents: Prevalence, Correlates And Sequelae*. U.S. Department of Health and Human Services (2002)
70. Gencer O, Ozbek A, Bozabali R ve ark. (2006), Suspected Child Abuse Among Victims of Home Accidents Being Admitted to the Emergency Department. A Prospective Survey From Turkey. *Pediatric Emergency Care*, Volume 22. Number 12.
71. Goldstein B, Kelly MM, Bruton D, ve ark. (1993), Inflicted Versus Accidental Head Injury in Critically Injured Children. *Crit Care Med*, 21: 1328–1332.
72. Widom CS, Hiller-Sturmhofel S. (2001), Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse. *Alcohol Res Health*, 25: 52–57.
73. Estes LS, Tidwell R. (2002), *Sexually Abused Children's Behaviours: Impact of Gender and Mother's Experience of Intra- and Extra- Familial Sexual Abuse*. Oxford University Press, Vol.19, No.1
74. Murphy DH. (1998), Emotional Distress Among Mothers Whose Children Have Been Sexually Abused: The Role Of A History Of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22, No. 5, 423–435.
75. Baker CD. (2002), *Female Survivors of Sexual Abuse. An Integrated Guide to Treatment*. New York: Brunner Routledge
76. Briere J, Runtz M. (1988), Multivariate Correlates of Childhood Psychological and Physical Maltreatment Among University Women. *Child Abuse & Neglect*, 12, 331-341

77. Finkelhor D. (1990). New Ideas for Child Sexual Abuse Prevention. In K.R. Oates (Ed.), *Understanding And Managing Child Sexual Abuse*: 385- 396. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich
78. Russell DEH. (1984), *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New York: Basic Books.
79. Wyatt GE. (1985). The Sexual Abuse of Afro- American and White- American Women in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 9, 507- 519.
80. Lucenko BA, Gold SN, Cott M. (2000), Relationship to Perpetrator and Posttraumatic Symptomatology Among Sexual Abuse Survivors. *Journal of Family Violence*, Vol. 15, No. 2.
81. Robinson K. (2006), *Internalized Shame as A Moderating Variable for Inhibited Sexual Difficulties in Adult Women Resulting from Childhood Sexual Abuse*. Marriage and Family Therapy Program School of Family Life Brigham Young University. Master of Science
82. Grayston AD, De Luca RV. (1999), Female Perpetrators Of Child Sexual Abuse: A Review of the Clinical and Empirical Literature. *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 4, No. 1, pp. 93–106
83. Faller KC. (1995), A Clinical Sample of Women Who Have Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4, 13–30.
84. Finkelhor D. (1979), *Sexually Victimized Children*. New York: Free Press.
85. Finkelhor D. Williams LM. (1988), Perpetrators. In Finkelhor D, Williams LM, Burns N. (Ed.), *Nursery Crimes: Sexual abuse in Day Care*. (pp 27–69), Newbury Park
86. Green AH, Kaplan MS. (1994), Psychiatric Impairment And Childhood Victimization Experiences In Female Child Molesters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 954–961.
87. Margolin L. (1991), Child Sexual Abuse By Nonrelated Caregivers. *Child Abuse & Neglect*, 15, 213–221
88. Petrovich M, Templer DI. (1984), Heterosexual Molestation of Children Who Later Became Rapists. *Psychological Reports*, 54, 810.
89. Romano E, De Luca, RV. (1996), Characteristics of perpetrators with histories of sexual abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 147–156.
90. Romano E, De Luca RV. (1997), Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *Journal of Family Violence*, 12, 85–98.

91. Rowan EL, Rowan JB, Langelier P. (1990), Women Who Molest Children. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 79–83.
92. Faust J, Runyon MK, Kenny MC. (1995), Family Variable Associated with the Onset and Impact of Intrafamilial Childhood Sexual Abuse. *Clinical Psychology Review*, 15, 443- 456.
93. Fischer DG, McDonald, WL. (1998), Characteristics of Intrafamilial and Extrafamilial Child Sexual Abuse. *Child Abuse and Neglect*, 22, 915- 929.
94. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. (2000), Sexual Abuse Characteristics Associated with Survivor Psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 24, 951- 964.
95. Darves-Bornoz JM. (1997), Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 71 5965.
96. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. (2000), Sexual Abuse Characteristics Associated with Survivor Psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 24, No. 7, pp. 951–964.
97. Schraedley PK, Hayward C. (1999), Gender Differences in Correlates of Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25:98–108.
98. Ögel K, Çorapçioğlu A, Sır A. (2004), Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2): 112- 118.
99. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. (2001), Child Sexual Abuse and Subsequent Psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, Vol. 91, No. 5
100. Briscoe-Smith AM, Hinshaw SP. (2006), Linkages between child abuse and attention deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30 1239–1255.
101. A Call To Action: Ending Crimes of Violence Against Children and Adults with Disabilities. A Report To The Nation. Dorothy K. Marge (Ed.), Published by the State University of New York, Upstate Medical University Duplicating and Printing Services, (2003)
102. Ford JD, Racussin, R, Ellis C ve ark (2000). Child Maltreatment, Other Trauma Exposure, And Posttraumatic Symptomatology Among Young Children With Oppositional Defiant And Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205–217.
103. Finkelhor D, Berliner L. (1995), Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 1408–1423.

104. Mannarino A, Cohen J, Smith J ve ark. (1991), Six And Twelve Month Follow-Up of Sexually Abused Girls. *Journal of the Interpersonal Violence*, 6: 494–511.
105. Bernstein GA, Garfinkel BD. (1988), Functioning and Psychopathology in Families of School Phobic Children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1: 70– 74.
106. Last CG, Francis G, Hersen, M ve ark. (1987), Separation Anxiety and School Phobia: A Comparison Using DSM-III Criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144:653–657.
107. Caffaro-Rouget A, Lang RA, Van Santen V. (1989), The Impact of Child Sexual Abuse on victim's Adjustment. *Annals of Sex Research*, 2, 29–47.
108. Conte JR, Schuerman JR. (1987), Factors associated with increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11, 201–211.
109. Tezel ŞF, Özyürek A. (2008), 5- 6 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Demografik Özelliklerinin Çocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 395- 414.
110. Hutchinson SL, Baldwin CK, Oh SS. Adolescent Coping: Exploring Adolescent's Leisure-Based Responses to Stress, *Leisure Sciences*, 28: 2, 115- 131.
111. Steel J, Sanna L, Hammond B ve ark. (2004), Psychological Sequelae of Childhood Sexual Abuse: Abuse-Related Characteristics, Coping Strategies, And Attributional Style. *Child Abuse & Neglect*, 28 785–801.
112. Bal S, Van Oost P, De Bourdeaudhuij ve ark. (2003), Avoidant Coping as A Mediator Between Self-Reported Sexual Abuse and Stress-Related Symptoms in Adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27 883–897
113. Schauben LJ, Frazier PA. (1995), Vicarious Trauma: The Effects on Female Counselors of Working With Sexual Violence Survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19: 49–64.
114. Higgins DJ. (2002), The Influence of Risk and Protective Factors on Burnout Experienced by Those who Work with Maltreated. *Child Abuse Review Vol.11*: 313– 331
115. Futa KT, Nash CL, Hansen DJ. (2003), Adult Survivors of Childhood Abuse: An Analysis of Coping Mechanisms Used for Stressful Childhood Memories and Current Stressors. *Journal of Family Violence*, 18: 4 pp. 227–239.
116. Macy RJ. (2007), A coping theory framework toward preventing sexual revictimization. *Aggression and Violent Behavior*, 12 177–192.



117. Aldridge, AA, Roesch SC. (2007), Developing coping typologies of minority adolescents: A Latent Profile Analysis. *Journal of Adolescence*, 08.005.
118. Gomez R, Bounds J, Holmberg K ve ark. (1999), Effects of Neuroticism and Avoidant Coping Style on Maladjustment During Early Adolescence. *Personality and Individual Differences*, 26 305- 319.
119. Rutter, M. (2000), Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P.Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed, pp. 651–682). New York: Cambridge UniversityPress.
120. Chandy JM, Blum RW, Resnick MD (1997), Sexually abused male adolescents: How vulnerable are they? *Journal of Child Sexual Abuse*, 6(2), 1- 16.
121. Sarason I, LevineG, Basham H.M. ve ark. (1983) Assesing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127–139.
122. Gallagher JJ, Beckman P, Cross AH. (1983). Families of handicapped children: Sources of stress and its amelioration. *Exceptional Children*, 50 (1), 10–19.
123. Kazak AE, Marvin, RS. (1984). Differences, Difficulties and Adoption: Stress and Social Networks in Families With Handicapped Child. *Family Relations*, 33, 67–77.

## AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

<b>CÜMLELER:</b>	<b>Aynen Katılıyorum</b>	<b>Büyük Ölçüde Katılıyorum</b>	<b>Biraz Katılıyorum</b>	<b>Hiç Katılmıyorum</b>
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	( )	( )	( )	( )
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	( )	( )	( )	( )
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	( )	( )	( )	( )
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	( )	( )	( )	( )
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	( )	( )	( )	( )
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	( )	( )	( )	( )
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	( )	( )	( )	( )
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	( )	( )	( )	( )
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	( )	( )	( )	( )
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	( )	( )	( )	( )
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17.Evde herkes başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	( )	( )	( )	( )
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	( )	( )	( )	( )

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	( )	( )	( )	( )
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	( )	( )	( )	( )
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	( )	( )	( )	( )
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	( )	( )	( )	( )
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	( )	( )	( )	( )
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	( )	( )	( )	( )
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	( )	( )	( )	( )
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	( )	( )	( )	( )
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	( )	( )	( )	( )
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	( )	( )	( )	( )
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	( )	( )	( )	( )
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	( )	( )	( )	( )
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	( )	( )	( )	( )
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	( )	( )	( )	( )
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	( )	( )	( )	( )
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	( )	( )	( )	( )
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	( )	( )	( )	( )
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüydür.	( )	( )	( )	( )
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	( )	( )	( )	( )
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	( )	( )	( )	( )
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	( )	( )	( )	( )
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	( )	( )	( )	( )
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	( )	( )	( )	( )
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	( )	( )	( )	( )

50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	( )	( )	( )	( )
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	( )	( )	( )	( )
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	( )	( )	( )	( )
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56.Aile içinde birbirimize güvenimiz.	( )	( )	( )	( )
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	( )	( )	( )	( )
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )

**AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ \***  
**(PARI)**

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Çok uygun buluyorum	Oldukça uygun buluyorum	Biraz uygun buluyorum	Hiç uygun bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için bütün soruların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

<b>1.</b>	Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.	4	3	2	1
<b>2.</b>	Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.	4	3	2	1
<b>3.</b>	Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse kendisi için o kadar iyi olur.	4	3	2	1
<b>4.</b>	Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.	4	3	2	1
<b>5.</b>	Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir.	4	3	2	1
<b>6.</b>	Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.	4	3	2	1
<b>7.</b>	Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanını boşa geçirmesi affedilemez.	4	3	2	1
<b>8.</b>	Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.	4	3	2	1
<b>9.</b>	Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır.	4	3	2	1

10.	Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11.	Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12.	Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.	4	3	2	1
13.	Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.	4	3	2	1
14.	Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15.	Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.	4	3	2	1
16.	Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1
17.	Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4	3	2	1
18.	Anne babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	4	3	2	1
19.	Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.	4	3	2	1
20.	Bir çocuğa ne olursa olsun döğüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.	4	3	2	1
21.	Çocuklar bencil olduklarında hep bir şeyler istediklerinde, annelerinin tepsinin atması çok normaldir.	4	3	2	1
22.	Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4	3	2	1
23.	Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	4	3	2	1
24.	Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4	3	2	1
25.	Küçük bir çocuk, cinsiyet konusundan sakınmalıdır.	4	3	2	1
26.	Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.	4	3	2	1

27.	Uyanık bir anne-baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	4	3	2	1
28.	Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	4	3	2	1
29.	Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.	4	3	2	1
30.	Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4	3	2	1
31.	Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kapılır.	4	3	2	1
32.	Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	4	3	2	1
33.	Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı.	4	3	2	1
34.	İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4	3	2	1
35.	Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4	3	2	1
36.	Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	4	3	2	1
37.	Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4	3	2	1
38.	Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	4	3	2	1
39.	Bir çocuğa başı derde girdiğinde doğuşme yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.	4	3	2	1
40.	Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler.	4	3	2	1
41.	Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.	4	3	2	1
42.	Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	4	3	2	1
43.	Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir.	4	3	2	1
44.	Çocukların sorunlarına eğilerseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.	4	3	2	1
45.	Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.	4	3	2	1

46.	Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4	3	2	1
47.	Bir çocuk eninde sonunda anne-babasınınkinden daha üstün akıla sahip olamayacağını öğrenir.	4	3	2	1
48.	Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de bu, babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	4	3	2	1
49.	Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.	4	3	2	1
50.	Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüyle karşılanamaz.	4	3	2	1
51.	Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.	4	3	2	1
52.	Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	4	3	2	1
53.	Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması lazımdır.	4	3	2	1
54.	Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.	4	3	2	1
55.	Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir.	4	3	2	1
56.	Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	4	3	2	1
57.	Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.	4	3	2	1
58.	Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4	3	2	1
59.	Çocukların toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.	4	3	2	1
60.	Anne babaya sadakat herşeyden önce gelir.	4	3	2	1



### Stresle Başaçıkma Yolları leği (SBY)

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	her Zaman
1.Aklımı kurcalayan Şeylerden kurtulmak için değişik iŐlerle uğraşırım.	0	1	2	3
2.Bir sıkıntım olduğunu kimsenin bilmesini istemem.	0	1	2	3
3.Bir mucize olmasını beklerim.	0	1	2	3
4.İyimser olmaya çalışırım.	0	1	2	3
5.Bunu da atlatırsam sırtım yere gelmez diye düşünürüm.	0	1	2	3
6.Çevremdeki insanlardan problemi çözmede bana yardımcı olmalarını beklerim.	0	1	2	3
7.Bazı Őeyleri büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.	0	1	2	3
8.Sakin kafayla düşünmeye ve fkelenmemeye çalışırım.	0	1	2	3
9.Bu sıkıntılı dönem bir an önce geçsin isterim.	0	1	2	3
10.Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	0	1	2	3
11.Konuyla ilgili olarak baŐkalarının ne düŐündüđünü anlamaya çalışırım.	0	1	2	3
12.Problemin kendiliğinden hallolacağına inanırım	0	1	2	3
13.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissedirim.	0	1	2	3
14.BaŐkalarının rahatlamama yardımcı olmalarını beklerim.	0	1	2	3
15.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	0	1	2	3
16.Olanları unutmaya çalışırım.	0	1	2	3
17.TelaŐımı belli etmemeye ve sakin olmaya çalışırım.	0	1	2	3
18.Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	0	1	2	3

19.Problemin ciddiyetini anlamaya çalışırım.	0	1	2	3
20.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.	0	1	2	3
21.Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim.	0	1	2	3
22.Hayatta neyin önemli olduğunu keşfederim.	0	1	2	3
23.Her işte bir hayır vardır diye düşünürüm.	0	1	2	3
24.Sıkıntılı olduğumda her zamankinden fazla uyurum.	0	1	2	3
25.İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	0	1	2	3
26.Dua ederek Allah'tan yardım dilerim.	0	1	2	3
27.Olayla ilgili kararı ertelemeye çalışırım.	0	1	2	3
28.Olanla yetinmeye çalışırım.	0	1	2	3
29.Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.	0	1	2	3
30.İçimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim.	0	1	2	3
31.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım.	0	1	2	3
32.Sanki bu bir sorun değilmiş gibi davranırım.	0	1	2	3
33.Olanlardan kimseye söz etmemeyi tercih ederim.	0	1	2	3
34.İş olacağına varır diye düşünürüm.	0	1	2	3
35.Neler olabileceğini düşünüp ona göre davranmaya çalışırım.	0	1	2	3
36.İşin içinden çıkamayınca elimden bir şey gelmiyor der, durumu olduğu gibi kabullenirim.	0	1	2	3
37.İlk anda aklıma gelen kararı uygularım.	0	1	2	3
38. Ne yapacağıma karar vermeden önce arkadaşlarımla fikrini alırım.	0	1	2	3
39.Herşeye yeniden başlayacak gücü bulurum.	0	1	2	3
40.Problemin çözümü için adak adarım.	0	1	2	3
41.Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	0	1	2	3
42. Kırgınlığımı belirtsem kendimi kötü hissederim.	0	1	2	3

43. Alın yazısına ve bunun değişmeyeceğine inanırım.	0	1	2	3
44. Soruna birkaç farklı çözüm yolu ararım.	0	1	2	3
45. Başıma gelenlerin herkesin başına gelebilecek şeyler olduğuna inanırım.	0	1	2	3
46. Olanları keşke değiştirebilseydim derim.	0	1	2	3
47. Aile büyüklerine danışmayı tercih ederim.	0	1	2	3
48. Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalışırım.	0	1	2	3
49. Herşeye rağmen elde ettiğim bir kazanç vardır diye düşünürüm.	0	1	2	3
50. Gururumu koruyup güçlü görünmeye çalışırım.	0	1	2	3
51. Bu işin cezasını çekerim.	0	1	2	3
52. Problemi adım adım çözmeye çalışırım.	0	1	2	3
53. Elimden hiçbir şeyin gelemeyeceğine inanırım.	0	1	2	3
54. Problemin çözümü için bir uzmana danışmanın en iyi yol olacağına inanırım.	0	1	2	3
55. Bir hocaya gider kendimi okuttururum.	0	1	2	3
56. Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	0	1	2	3
57. Bu dertten kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm.	0	1	2	3
58. Ne yapılacağını planlayıp ona göre davranırım.	0	1	2	3
59. Mücadeleden vazgeçerim.	0	1	2	3
60. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	0	1	2	3
61. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim.	0	1	2	3
62. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	0	1	2	3
63. Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm.	0	1	2	3
64. Nazarlık takarak, muska taşıyarak benzer olayların olmaması için önlemler alırım.	0	1	2	3
65. Ne olup bittiğini anlayabilmek için sorunu enine boyuna düşünürüm.	0	1	2	3

66.Benim suçum ne diye düşünürüm.	0	1	2	3
67.Allah'ın takdiri buymuş diye kendi kendimi teselli ederim.	0	1	2	3
68.Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım.	0	1	2	3
69.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	0	1	2	3
70.Çözüm için kendim bir şeyler yapmak isterim.	0	1	2	3
71.Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.	0	1	2	3
72.Mutlu olmak için başka yollar ararım.	0	1	2	3
73.Hakkımı savunabileceğime inanırım.	0	1	2	3
74.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.	0	1	2	3

## SBÖ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

<i>Bir sıkıntım olduğunda...</i>	<i>%0</i>	<i>%30</i>	<i>%70</i>	<i>%100</i>
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	( )	( )	( )	( )
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	( )	( )	( )	( )
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )