

**T. C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ERGEN HASTA  
POPÜLASYONUNDA ONLINE CİNSEL İSTİSMAR SIKLIĞI, İLİŞKİLİ RİSK  
FAKTÖRLERİ VE SONRASINDA OLUŞABİLECEK TRAVMA SONRASI  
STRES BOZUKLUĞU**

**Yunus Emre DÖNMEZ**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Nusret SOYLU**

**MALATYA  
2017**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren desteğini her zaman hissettiğim, birikimlerini ve deneyimlerini aktararak hekimlik becerilerimin gelişmesinde çok büyük katkılar sağlayan, eğitime ve deontolojiye önem veren duruşunu örnek aldığım ve almaya devam edeceğim anabilim dalı başkanımız ve değerli hocam Prof. Dr. Özlem Özel Özcan'a; uzmanlık eğitimim süresince tecrübelerinden yoğun bir şekilde yararlandığım ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sabrını ve hoşgörüsünü örnek aldığım değerli hocam Doç. Dr. Nusret Soylu'ya teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum boyunca eğitimime önemli katkılarda bulunan, öğrenmeye ve öğretmeye olan motivasyonundan ilham aldığım psikiyatri anabilim dalı başkanı ve değerli hocam Prof. Dr. Süheyla Ünal'a ve onun nezdinde tüm psikiyatri anabilim dalı öğretim üyelerine; çocuk nörolojisi rotasyonum süresince benimle yakından ilgilenen ve çalışma disiplini örnek aldığım Prof. Dr. Serdal Güngör'e teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm çalışma arkadaşlarıma, iyi bir hekim olarak yetişmem için bana her türlü olanağı sunan ve manevi desteğini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yunus Emre DÖNMEZ

Ocak-2017, MALATYA

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	1
<b>SUMMARY</b> .....	2
<b>KISALTMALAR</b> .....	3
<b>TABLolar</b> .....	4
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	8
2.1. Cinsel İstismar .....	8
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	8
2.1.2. Cinsel İstismar Türleri.....	10
2.1.3. Epidemiyoloji .....	11
2.1.4. Cinsel İstismar Açısından Etiyolojide Rol Oynayan Risk Etmenleri .....	15
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler.....	17
2.1.6. Cinsel İstismar Sonrasında Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar .....	19
2.2. Online Cinsel İstismar.....	27
2.2.1. Tanım ve Tarihçe .....	27
2.2.2. Epidemiyoloji .....	28
2.2.3. Online Cinsel İstismar Risk Etmenleri.....	29
2.2.4. Tanı ve Klinik Özellikler.....	32
2.2.5. Online Cinsel İstismar Sonrası Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar.....	33
2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu .....	33
2.3.1. Tanım ve Tarihçe .....	33
2.3.2. Epidemiyoloji .....	35
2.3.3. Etiyoloji.....	38
2.3.4. Tanı ve Klinik Özellikler.....	42
2.3.5. Cinsel İstismar ve TSSB Arasındaki İlişki .....	54
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	56
3.1. Araştırmanın Örnekleme.....	56
3.2. Araştırmanın Deseni .....	56
3.3. Örnekleme Oluşturan Bireylerin Seçimi.....	56
3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri .....	56
3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri .....	56
3.4. Bireylerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Gereçler .....	56
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	56

3.4.2. İnternet Kullanımı Veri Formu .....	57
3.4.5. Çocuklarda Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği.....	58
3.6. İstatistiksel Değerlendirme .....	60
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>61</b>
4.1. Sosyodemografik Veriler .....	61
4.1.1. Bireysel Sosyodemografik Özellikler .....	61
4.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler .....	61
4.2. İnternet Kullanımına İlişkin Veriler.....	63
4.2.1. İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları ile İlgili Veriler.....	63
4.2.2. Bireysel İnternet Kullanım Özellikleri.....	63
4.2.3. Ebeveynlerin İnternet Kullanım Sıklığı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişki.....	65
4.2.4. Güvenli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler .....	65
4.3. Klinik Tanılara İlişkin Veriler .....	67
4.3.1. Birincil Klinik Tanılar .....	67
4.3.2. İkincil Klinik Tanılar.....	67
4.4. Online Cinsel İstismara Uğrama ile İlişkili Bulgular .....	68
4.5. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	68
4.6. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ailesel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	69
4.7. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları ile İlgili Verilerinin Karşılaştırılması.....	70
4.8. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel İnternet Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	70
4.9. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ebeveynlerinin İnternet Kullanımı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişkiye Yönelik Verilerin Karşılaştırılması .....	71
4.10. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Güvenli İnternet Kullanımı Açısından Verilerinin Karşılaştırılması.....	72
4.11. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Klinik Tanılar Açısından Karşılaştırılması .....	74
4.12. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların SDQ Puanlarının Karşılaştırılması.....	75
4.13. Online Cinsel İstismara Uğrayanların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Sonuçları .....	75
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>76</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>86</b>

<b>KAYNAKLAR</b> .....	88
<b>EK-1</b> .....	121
<b>EK-2</b> .....	123
<b>EK-3</b> .....	125
<b>EK-4</b> .....	130
<b>EK-5</b> .....	132
<b>EK-6</b> .....	133



## ÖZET

**Amaç:** Dünya Sağlık Örgütü'nün cinsel istismar (Cİ) tanımı ve Faller'in temas içermeyen Cİ tanımı doğrultusunda "online cinsel istismar (OCİ)"; online platformlar ya da cep telefonu mesajlaşma programları kullanılarak çocukla gerçekleştirilen her türlü cinsel içerikli konuşma, söz veya fiil ile sarkıntılık, istismarcının çocuğa cinsel bölgelerini göstermesi ve istismarcının çocuğu soyunukken ya da onu tatmin eden aktivitelerde bulunurken gözetlemesi, çocuğun pornografik olarak görüntülenmesi ve diğer cinsel sömürücü davranışlar olarak tanımlanabilir. Bu çalışmadaki amacımız; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerimize başvuran 12-16 yaş aralığındaki ergenlerde OCİ sıklığını ve risk faktörlerini tespit etmek, OCİ'a maruz kalan bireylerde başta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olmak üzere çeşitli ruhsal ve davranışsal sorunlar açısından değerlendirme yapmaktır.

**Yöntem:** Bu çalışma İnönü Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya 12-16 yaş aralığındaki 189 ergen katılmıştır. Katılımcıların psikiyatrik değerlendirmesi DSM 5 tabanlı görüşme yapılarak, güçler güçlükler anketi ve çocuklarda travma sonrası stres tepki ölçeği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca katılımcıların sosyodemografik özellikleri, internet kullanım özellikleri ve alışkanlıkları kayıt altına alınmıştır.

**Bulgular:** Elde edilen veriler neticesinde çalışmamızda OCİ sıklığı %21,1 ve OCİ'a maruz kalanlarda TSSB oranı %57,8 olarak tespit edilmiştir. Bunun dışında bir çok soydemografik özelliğin OCİ riskini değiştirmedeği ancak çeşitli internet kullanım özelliklerinin ve alışkanlıklarının risk oluşturduğu saptanmıştır.

**Tartışma:** Sonuçlar değerlendirildiğın de çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran 12-16 yaş aralığındaki bireylerin OCİ'a sık maruz kaldıkları ve bu bireylerde yüksek oranda TSSB geliştiğı, ancak bireylerin yaşamış oldukları bu travmaları spontan olarak paylaşmadıkları anlaşılmaktadır. Bu nedenle çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının, klinik pratikte OCİ'ı sorgulamalarının ve TSSB açısından dikkatli olmalarının faydalı sonuçları olacağı kanaatindeyiz. Ayrıca çalışmamızda belirlemiş olduğumuz risk faktörlerine yönelik yetkililerin, ailelerin ve gençlerin alacağı tedbirlerin koruyucu ruh sağlığı açısından önemli olacağı düşüncesindeyiz.

## SUMMARY

**Aim:** In accordance with definition of sexual abuse (SA) by the World Health Organization and definition of non-contact SA by Faller, “online sexual abuse (OSA)” can be defined as any sexually explicit conversation with child by using online platforms or mobile messaging programs, molestation verbally or by act, exposure of private parts by abuser, watching when child is naked or doing activities satisfying the abuser, viewing the child pornographically, and other sexually abusing behaviors. The aim of this study is to determine frequency of OSA and risk factors in adolescents aged between 12 and 16 years who consulted our child and adolescent psychiatry outpatient clinics and to make evaluations in terms of various mental and behavioral problems, particularly post-traumatic stress disorder (PTSD) in individuals exposed to OSA.

**Method:** This study was conducted at İnönü University Child and Adolescent Psychiatry Clinic. 189 adolescents in age range of 12-16 years participated in the study. Psychiatric evaluation of the participants was performed by carrying out DSM-5-based interview, using strengths and difficulties questionnaire, and child post-traumatic stress reaction index. In addition, socio-demographic characteristics and internet use features and habits of the participants were recorded.

**Results:** As a result of obtained data, it was determined that frequency of OSA was 21.1% and prevalence of PTSD in those exposed to OSA was 57.8%. In addition, it was found that numerous socio-demographic characteristics did not change risk of OSA but various properties and habits of internet use posed a risk.

**Discussion:** When the results were evaluated, it was understood that the individuals, aged between 12 and 16 years, who consulted child and adolescent psychiatry outpatient clinics, were frequently exposed to OSA, and high PTSD, but they did not spontaneously share these traumas they experienced. Therefore, we think that it would have beneficial outcomes for child and adolescent psychiatrists to question OSA and to pay attention in terms of PTSD in clinical practice. We are also of the opinion that precautions taken by authorities, families, and adolescents for the risk factors we determined in the present study would be important with respect to preventive mental health.

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACTH</b>	: Adrenokortikotropik Hormon / Adrenocorticotropic Hormone
<b>Ark</b>	: Arkadaşları
<b>ASB</b>	: Akut Stres Bozukluğu
<b>AVP</b>	: Anti Diüretik Hormon (ADH) / Arginin Vasopressin
<b>CAPS</b>	: Klinisyen Tarafından İdare Edilen TSSB Ölçeği / Clinician Administered PTSD Scale
<b>Cİ</b>	: Cinsel İstismar
<b>CRH</b>	: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon / Corticotropin Releasing Hormone
<b>ÇTSS-TÖ</b>	: Çocuklarda Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DIS</b>	: Diagnostic Interview Schedule
<b>DSM</b>	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>GGA</b>	: Güçler ve Güçlükler Anketi
<b>HPA</b>	: Hipotalamus Hipofiz Adrenal Aks / Hypothalamic Pituitary Adrenal Axis
<b>HPT</b>	: Hipotalamus Hipofiz Tiroid Aks / Hypothalamic Pituitary Thyroid Axis
<b>ICD</b>	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>KOKGB</b>	: Karşıt Olma ve Karşı Gelme Bozukluğu
<b>Max</b>	: Maksimum
<b>Min</b>	: Minumum
<b>n</b>	: Örneklem Sayısı
<b>NCCAN</b>	: National Center on Child Abuse and Neglect
<b>NE</b>	: Norepinephrine
<b>OCİ</b>	: Online Cinsel İstismar
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>Ort</b>	: Ortalama Değer
<b>OSS</b>	: Online Sexual Solicitation
<b>PVN</b>	: Hipotalamus Periventriküler Nükleus / Paraventricular Nucleus of the Hypothalamus
<b>SDQ</b>	: Strength and Difficulties Questionnaire
<b>SPSS</b>	: Statistical Program in Social Sciences
<b>T<sub>3</sub></b>	: Triiodotironin
<b>T<sub>4</sub></b>	: Tiroksin
<b>TCK</b>	: Türk Ceza Kanunu
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>X<sup>2</sup></b>	: Ki Kare Değeri
<b>YAB</b>	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
<b>YISS</b>	: The Youth Internet Safety Surveys



## TABLULAR

Tablo 1: Bireysel Sosyodemografik Özellikler.....	61
Tablo 2: Ailesel Sosyodemografik Özellikler .....	62
Tablo 3: İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları .....	63
Tablo 4: Bireysel İnternet Kullanım Özellikleri .....	64
Tablo 5: Ebeveynlerin İnternet Kullanım Sıklığı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişki.....	65
Tablo 6: Güvenli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler .....	66
Tablo 7: Birincil Klinik Tanılar .....	67
Tablo 8: İkincil Klinik Tanılar .....	67
Tablo 9: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması .....	68
Tablo 10: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ailesel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması .....	69
Tablo 11: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları ile İlgili Verilerinin Karşılaştırılması .....	70
Tablo 12: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel İnternet Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	71
Tablo 13: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ebeveynlerinin İnternet Kullanımı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişkiye Yönelik Verilerin Karşılaştırılması.....	72
Tablo 14: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Güvenli İnternet Kullanımı Açısından Verilerinin Karşılaştırılması .....	73
Tablo 15: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Klinik Tanılar Açısından Karşılaştırılması.....	74
Tablo 16: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların SDQ Puanlarının Karşılaştırılması .....	75
Tablo 17: Online Cinsel İstismara Uğrayanların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Sonuçları.....	75

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel ilişkiyi idrak edemeyecek ve cinsel olarak olgunlaşmamış olarak kabul edilen çocuk ile erişkin arasındaki, erişkinin cinsel arzularını yerine getirmek amacıyla ve güç, tehdit ya da kandırma yolu ile gerçekleşen eylemler “Dünya Sağlık Örgütü” tarafından cinsel istismar (Cİ) olarak tanımlanmaktadır (1). Tarihsel açıdan Cİ, özellikle de ensest kavramı çerçevesinde değerlendirildiğinde insanlık tarihi kadar eski bir olgudur. Bilimsel anlamda ise genel bir başlık olarak çocuk istismarı ilk olarak 1962’de Henry Kempe tarafından hırpalanmış çocuk sendromu olarak tanımlanmıştır (2). Hemen her etnik, kültürel ve toplumsal yapıda azımsanmayacak oranlarda görülmekte olan cinsel istismar ile ilgili çalışmalar özellikle 1970’lerden sonra gündeme gelmiştir (3, 4). Cİ’ya uğrayan olguların yalnızca %15’inin bildirildiği düşünülmektedir (5). Yapılan gözden geçirme çalışmalarında, Cİ prevalansının kızlarda %4-62, erkeklerde %2-35 gibi geniş bir aralıkta olduğu tespit edilmiştir (6, 7). Avrupa’da çocuk ve ergenlerde Cİ prevalansı kızlarda %10-20, erkeklerde %3-10 aralığındadır (8). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Çocuk İstismarını Önleme Komitesi her yıl 15.000- 20.000 yeni cinsel istismar vakası olduğunu, her üç-dört kızdan ve her yedi-sekiz erkek çocuktan birisinin 18 yaşından önce cinsel istismara uğradığını ön görmektedir (9). Ülkemizde bu konuda yapılmış olan çalışmalar oldukça kısıtlı sayıda olup elde edilen veriler Cİ oranının %13-45 aralığında olduğunu göstermektedir (10, 11). Çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran hastalar ile yapılan bir kohort çalışmasında ise cinsel istismar oranı spontan bildirim şeklinde %6 iken, olası istismar öyküsü sorgulandığı zaman bu oran %31 olmaktadır (12).

Yapılan çalışmalar Cİ açısından çeşitli bireysel, ailesel ve cinsel istismar ile ilgili risk etmenlerinin bulunduğunu ve Cİ’nin çok sayıda ruhsal ve davranışsal soruna neden olduğunu ortaya koymaktadır. Cİ’nin çocuk ruh sağlığı üzerindeki olası etkileri geniş bir spektrumda değerlendirilmektedir. McLeer ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, Cİ’ya uğramış çocukların %62’sine en az bir, %29’una ise iki ve daha fazla psikiyatrik tanı konulduğunu tespit etmişlerdir (13). Ülkemizde yapılan ve kliniğimizde yer aldığı çok merkezli bir çalışmada ise cinsel istismara uğramış kızların %70,2’sinin, erkeklerin ise %55,9’unun psikiyatrik tanı aldığı görülmüştür (14). Genel olarak cinsel istismara uğrayan çocuklardaki duygusal ve davranışsal etkileri tanımlayan çalışmalar incelendiğinde bu çocuklarda; korku reaksiyonu, anksiyete, depresyon, kızgınlık, düşmanlık, travma sonrası stres bozukluğu, intihar, yeme

bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, öğrenme güçlükleri, kişilik bozuklukları, düşük benlik algısı ve ilişkilerde problemler, suçluluk, suç işleme, uygunsuz cinsel davranışlar (herkesin ortasında mastürbasyon, cinsel ilişki takliti, anüs veya vajene yabancı cisim sokmak, insanlara sürtünmek, sürekli genital organlarıyla oynamak gibi), cinsel işlevsellikte bozulma ve tekrar kurban olmaya yatkınlık görülebilmektedir (15-20). Çocukların klinik özellikleri yaşa göre farklılıklar göstermekte olup Cİ'a uğramış çocuk ve ergenlerde istismar sonrasında en sık gözlenen psikopatoloji travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) dur (21, 22). Daha çok kronik seyirli ve yeti yitimine neden olan bir psikiyatrik sorun olarak kabul edilen TSSB, Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerde %44–71 oranlarında bildirilmektedir (23, 24).

Cinsel istismar gerçekleştirilen eylemin türüne göre farklı şekillerde olabilmektedir ve Faller tarafından yedi alt grupta incelenmiştir (25). Çalışmamızın ana konusu olan “Online Cinsel İstismar (OCİ)” ise bu sınıflandırmada “Temas İçermeyen Cinsel İstismar” kapsamında değerlendirilebilir. Literatürde “online cinsel istismar” şeklinde doğrudan bir tanımlamaya rastlanılmamış olup bu durumu tarifleyen çeşitli kavramlar yer almaktadır. Bu kavramlardan en çok kullanılanı ise “online sexual solicitation (OSS)” dur (26). Cİ ile ilgili geniş kapsamlı tanımlamalar ve temas içermeyen cinsel istismar tanımı doğrultusunda “online cinsel istismar”; online platformlar ya da cep telefonu mesajlaşma programları kullanılarak çocukla gerçekleştirilen her türlü cinsel içerikli konuşma, söz veya fiil ile sarkıntılık, istismarcının çocuğa cinsel bölgelerini göstermesi ve istismarcının çocuğu soyunukken ya da onu tatmin eden aktivitelerde bulunurken gözetlemesi, çocuğun pornografik olarak görüntülenmesi (fotoğraf, video, gif vb) ve diğer cinsel sömürücü davranışlar olarak tanımlanabilir.

Bilgisayar ve iletişim teknolojilerindeki gelişmenin ardından internet ve e-postanın keşfi online platformları gündeme getirmiş olup zaman içerisinde insanlar arasındaki iletişim ve etkileşimde önemli bir yer almaya başlamıştır. Başlangıçta oldukça kontrolsüz ve korunmasız olan bu online platformların kullanıma girdikleri tarihten itibaren çocuklar için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Durkin 1997 yılında yayınladığı yazısında internetin çocuklara karşı sapkın cinsel ilgi duyan bireyler tarafından kullanılabileceğini ve internetin bu açıdan çeşitli riskler teşkil ettiğini ortaya koymuştur (27). Konu ile ilgili en kapsamlı çalışmalar ise 2000, 2005 ve 2010 yıllarında ABD’de gerçekleştirilen “The Youth Internet Safety Surveys (YISS)” verileri kullanılarak yapılan çalışmalardır. Yapılan bu YISS-1, 2 ve 3 çalışmalarında online

cinsel istismar (online sexual solicitation) sıklığı sırasıyla %19, % 13 ve %9 olarak tespit edilmiştir (28).

Cİ, genel popülasyondaki sıklığı ve ruh sağlığına yönelik olumsuz etkileri açısından toplumsal bir sorun olarak değerlendirilebilir. Bir Cİ türü olan ve yüksek oranlarda gözlenen online cinsel istismara yönelik olarak mevcut literatürdeki kısıtlılıklarda göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızın amaçları şu şekilde sıralanabilir;

1. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerimize başvuran 12-16 yaş grubu ergenlerde online cinsel istismar sıklığını tespit etmek.
2. Online cinsel istismara yönelik sosyo-kültürel risk faktörlerini belirlemek.
3. Online cinsel istismar ile sonuçlanması muhtemel riskli internet kullanım alışkanlıklarını belirlemek.
4. Online cinsel istismara maruz kalan bireylerde TSSB belirtilerine yönelik değerlendirme yapmak.
5. Güçler ve güçlükler anketi kullanılarak online cinsel istismara maruz kalan ve kalmayan katılımcılarda dikkat eksikliği-aşırı hareketlilik, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar gibi sorunlar açısından değerlendirme yapmak.

OCİ'nin sıklığına yönelik literatürde yer alan epidemiyolojik veriler genel popülasyonlara ait olup yapılan literatür taramasında çocuk ve ergen psikiyatrisi hasta popülasyonunda OCİ sıklığına yönelik yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamız çocuk ve ergen psikiyatrisi hasta popülasyonunda OCİ sıklığını tespit etmeye yönelik olarak yapılmış ilk çalışmadır. OCİ ile ilgili risk etmenlerine yönelik literatürde çeşitli çalışmalar yer almakta olup bu risk etmenleri üzerinde çeşitli sosyo-kültürel faktörlerin rol oynayabileceği de göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamız OCİ ile ilgili risk etmenlerinin belirlenmesine yönelik olarak Türkiye'de yapılmış ilk çalışmadır. Ayrıca OCİ açısından risk faktörlerine yönelik literatürde yer alan bu çalışmaların genel popülasyonda yapıldığı görülmüş olup çocuk ve ergen psikiyatrisi hasta popülasyonunda risk etmenlerine yönelik yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu açıdan da çalışmamız ilk olma özelliği taşımaktadır. Ayrıca Cİ ana başlığı altında vurgulanmış olan ve Cİ sonrası en sık gözlenen psikiyatrik sorun olan TSSB belirtilerine yönelik literatürde OCİ ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamız OCİ sonrası TSSB belirtilerinin incelendiği literatürdeki ilk çalışma olma özelliğindedir

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Cinsel İstismar

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; cinsel ilişkiyi idrak edemeyecek ve cinsel olarak olgunlaşmamış olarak kabul edilen çocuk ile erişkin arasındaki, erişkinin cinsel arzularını yerine getirmek amacıyla ve güç, tehdit ya da kandırma yolu ile gerçekleşen eylemler cinsel istismar olarak tanımlanmıştır. Bu cinsel eylemler çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılmasını veya zorlanmasını, fuhuş ya da diğer cinsel faaliyetler ile çocuğun sömürülmesini, çocuğun pornografik performans veya materyallerle sömürülmesini içermekte olup sadece bunlarla da sınırlı değildir (1). Bu tanımlamanın dışında cinsel istismar konusunda literatür de çok sayıda farklı tanımlama yer almaktadır. Bu tanımlamalardan en sık kullanılanı olan Glaser'in tanımlamasına göre cinsel istismar: "Gelişimsel olarak olgunlaşmamış olan çocukların tam olarak anlayamadıkları, bilgilendirilerek rıza gösterme yetisine sahip olmadıkları veya sosyal tabu ve aile rollerini çiğneyen cinsel aktivitelerde erişkinler ile yer almalarıdır." (29, 30). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı (U.S. Department of Health and Human Services; HHS), 2008 yılında cinsel istismarı "Cinsel haz ya da ekonomik menfaat elde etmek için çocuğun seksüel aktivitelerine katılımını sağlamak, cinsel istismardır." şeklinde tanımlamıştır. Ayrıca bu tanımın, "cinsel amaçlar için çocuğa temas etmeyi, söz veya fiil ile sarkıntılığı, reşit olmayan biriyle cinsel münasebette bulunmayı, çocuğu pornografik olarak görüntülemeyi, teşhiri, ensest ilişkiyi ve diğer cinsel olarak sömürücü davranışları" kapsadığı belirtilmiştir (31). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi'nce yapılan tanımlamaya göre ise Cİ, "çocuk ile yetişkin arasında gerçekleşen ve erişkinin çocuğu cinsel uyarılma amacıyla kullanmasıdır". Bu tanım "yaş farkının 5 yaştan fazla olması" veya "istismarcının çocuk üzerinde güç ve kontrol kurabilecek konumda" olmasını içermektedir (32). Bu tanımlamaların yanı sıra Kepme 1978 yılında ve Sgroi ve arkadaşları ise 1982 yılında cinsel istismarı tanımlamışlardır. Kepme'ye göre Cİ; "bağımlı çocuk ve adolesanların, gelişim düzeyleri nedeniyle algılayamadıkları, bilinçli olarak rıza göstermedikleri veya toplumun sosyal tabularına ters düşen cinsel faaliyetlere katılımlarının sağlanmasıdır" (33). Sgroi ve arkadaşlarına göre ise "çocuğun bilişsel ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyecek şekilde cinsel eylemlere maruz kalması, cinsel istismardır" (34). Myers'in 2002 yılında yapmış olduğu tanıma göre ise

çocuk ve yetişkin arasındaki her türlü cinsel ilişki cinsel istismar olarak kabul edilmekte olup bu tanımlamada, çocuğun rızasının bulunmasının bir öneminin olmadığı vurgulanmaktadır (35).

Ülkemizde ise Cİ, 2007 yılında Polat tarafından “psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun, yetişkin tarafından cinsel doyum için kullanılması olarak tanımlanmıştır. Yine bu tanımlamada cinsel istismarın; genital bölgeleri elleme, teşhircilik, röntgencilik ve pornografiden ırza geçmeye kadar, şiddet içeren ve içermeyen, çok geniş yelpazedeki davranışları kapsadığı belirtilmektedir (36). 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun “cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar” başlığı altında Madde 103-1’de Cİ: a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar olarak tanımlanmıştır (37).

Tarihsel açıdan Cİ, özellikle de ensest kavramı çerçevesinde değerlendirildiğinde insanlık tarihi kadar eski bir olgudur. Çeşitli kültürler enseste yaklaşımları açısından farklılıklar göstermekte olup, ensest ilişki toplumların çok büyük bir çoğunluğu ve dinler tarafından reddedilmekte ve yasaklanmaktadır. İnka’lar da ensestin asiller arasında tabu olmadığı bilinmekte olup yine çok eski bir uygarlık olan Mısır’da eski dönemde kardeşler arası evliliğin tercih edilebildiği papirüslerde belirtilmektedir. Özellikle firavunların kardeşleriyle evlenmelerinin tanrısal sığata en uygun evlilik olarak kabul edildiği görölmektedir (38). Yine eski Mısır papirüslerinde iki kardeş tanrı olan İsis ile Osiris’in aralarında çiftleşerek Horos’u yarattıklarından bahsedilmektedir (39). Yunan mitolojisinde de ensest ilişkiye dair örnekler yer almaktadır. Sofokles’in Kral Oedipus tragedyasında, istemeyerek babasını öldüren ve ardından öz annesiyle evlenen Oedipus’un gerçeği öğrenince gözlerini kör ederek kendini cezalandırışı anlatılmaktadır (40). İki kardeş tanrı olan Zeus (Jüpiter) ile Hera’nın cinsel ilişkide bulunmaları da yine Yunan mitolojisinde çok doğal bir olaymış gibi anlatılmaktadır (41, 42).

Bilimsel anlamda ise çocuk istismarı ilk olarak 1962’de Henry Kempe tarafından hırpalanmış çocuk sendromu olarak ortaya atılmıştır (2). Çocuğun sürekli şiddete maruz kalması sonucu oluşan kol ve bacaklarda kırıklar ve kafa içi kanamalarla ortaya çıkan bu sendrom, başlangıçta daha çok fiziksel şiddeti ve sonucunda oluşan yaralanmaları kapsamaktayken, yıllar içinde yapılan çalışmalarla genişleyip, istismar

adını alarak olayın her boyutunun tartışıldığı bir konu haline gelmiştir (43). 1970'lerden sonra ise cinsel istismarın nadir bir durum olmadığı kanaatine varılmış ve konu üzerine ilgi artmıştır (3, 4).

### 2.1.2. Cinsel İstismar Türleri

Cinsel istismar gerçekleştirilen eylemin türüne göre farklı şekillerde olabilmektedir ve Faller tarafından yedi alt gruba ayrılmıştır (25).

1. Temas içermeyen cinsel istismarlar
2. Cinsel dokunma
3. Oral-genital seks
4. İnterfemoral ilişki
5. Sexual penetrasyon
6. Genital ilişki
7. Cinsel sömürü

**Temas içermeyen cinsel istismar:** Çocukla gerçekleştirilen her türlü cinsel içerikli konuşma, istismarcının çocuğa cinsel bölgelerini göstermesi ve istismarcının çocuğu soyunurken ya da onu tatmin eden aktivitelerde bulunurken gözlemesini içermektedir. Bu istismar türü günümüzde internet kullanımının yaygınlaşması ile online platformlarda oldukça sık rastlanılan bir durum haline gelmiştir. Klinik pratikte sıkça karşılaştığımız bu istismar türü bu nedenle çalışmamızın odak noktasını oluşturmaktadır.

**Cinsel dokunma:** İstismarcının çocuğun özel bölgelerine dokunması ya da çocuğun istismarcının özel bölgelerine dokunmaya zorlanmasıdır. Dokunma, çocuk soyunurken direkt cilt üzerine veya çocuk giyinirken, giysilerin üzerinden olabilir.

**Oral-genital seks:** İstismarcının çocuğun genital organlarına ağız yoluyla temas etmesi veya çocuğun oral yoldan kendisiyle ilişkiye girmesinin sağlanmasıdır.

**İnterfemoral ilişki:** İstismarcının penisini, çocuğun bacakları arasına yerleştirmesi ve penetrasyon olmadan çocuğun vajinasına sürmesidir.

**Seksüel penetrasyon:** Dijital penetrasyon, objelerle penetrasyon, genital ve anal ilişki olmak üzere dört grupta incelenmektedir. Dijital penetrasyon, istismarcının parmaklarını çocuğun vajina, anüs ya da ağzına yerleştirmesi veya daha nadir olarak çocuğun istismarcıya penetrasyonunun sağlanmasıdır. Objelerle penetrasyon, istismarcının çocuğun vajina, anüs ya da ağzına yabancı bir obje yerleştirmesidir.

**Genital ilişki:** İstismarcının penisinin çocuğun vajinasına, anal ilişki ise istismarcının penisinin çocuğun anüsüne penetrasyonudur.

**Cinsel sömürü:** Çocuk pornografisi ve fuhuşu olmak üzere iki türü bulunmaktadır. Çocuk pornografisi, çocuğun pornografik olarak görüntülenmesi ve bu görüntülerin ticaretinin yapılmasıdır. Çocuk fuhuşu, kazanç sağlamak amacıyla kız ve erkek çocukların müşterilere sunulmasıdır.

**Başka istismar türlerini de içeren cinsel istismar:** Cinsel istismarın diğer istismar türleriyle kombinasyonudur. İstismarcının çocuğun fiziksel kötü muamele ile alkol ve uyuşturucu kullanmaya zorlaması buna örnek olarak gösterilebilir (25).

### 2.1.3. Epidemiyoloji

Hemen her etnik, kültürel ve toplumsal yapıda azımsanmayacak oranlarda görülmekte olan cinsel istismar ile ilgili çalışmalar özellikle 1970'lerden sonra gündeme gelmiştir. Ancak bugün bile cinsel istismarın yaygınlığına ilişkin veriler çelişkili sonuçlar içermektedir. Cinsel istismarın özellikle de kapsamına yönelik farklı tanımların yapılması, çalışmadaki örneklemelerin, bölgesel özelliklerin ve kullanılan yöntemlerin farklılıklar içermesi, verilerdeki çelişkilerin nedenleri arasında sayılmaktadır (44). Ayrıca Cİ'nin ifade edilmesi neticesinde başlayacak olan adli sürecin ve oluşabilecek olan sosyo-kültürel ve toplumsal sonuçların, çocuğun kendisi ve aile-çocuk arasındaki ilişki üzerindeki muhtemel olumsuz etkileride göz önünde bulundurulduğunda bu konunun çoğu kez gizli kalması ve sır olarak saklanması nedeniyle gerçek epidemiyolojik verilere ulaşmak oldukça güçtür (45). Cİ'ye uğrayan olguların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (5). Yapılan gözden geçirme çalışmalarında, Cİ prevalansının kızlarda %4-62, erkeklerde %2-35 gibi geniş bir aralıkta olduğu tespit edilmiştir (6, 7). Avrupa'da çocuk ve ergenlerde Cİ prevalansı kızlarda %10-20, erkeklerde %3-10 aralığındadır (8). Kız çocukların Cİ açısından erkeklerden 3 ile 10 kat daha fazla risk altında olduğu bilinmektedir (46). Kellogg tarafından yapılan çalışmada 18 yaşına kadar kızların %12-25'inin, erkeklerin ise %8-10'unun Cİ'ye maruz kaldığı ifade edilmektedir. (47). ABD'de çocuğun Cİ'sine yönelik olarak yapılmış 3 büyük ulusal epidemiyolojik veri kaynağı bulunmaktadır. Bunlardan biri olan NIS-3 verilerine göre, 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 (23). Cİ konusundaki ikinci büyük veri kaynağı olan "Child Malteatment 1998: Report from the States to the National Abuse and Neglect Data System" verilerine göre 1998 yılında 1.6/1000 çocuğun Cİ'ye uğradığı tespit edilmiştir (23). 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 belirtmişlerdir (23). ABD Ulusal Çocuk İstismarını Önleme Komitesi her yıl 15.000- 20.000 yeni cinsel istismar vakası olduğunu, her üç-dört kızdan ve her yedi-sekiz erkek çocuktan birisinin 18 yaşından önce cinsel istismara uğradığını ön görmektedir (9). Amerikan Ulusal Suç Mağduriyeti 2002 yılı raporuna göre ise bir yıl içinde 2-17 yaş aralığındaki çocukların % 3,2'sinin cinsel istismara maruz kalmaktadır (48). Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (The National Child Abuse And Neglect Data System; NCANDS) 2000 yılı verilerine göre çocuk istismarı olarak bildirilen 879.000 vakanın % 10,1'ini cinsel istismar vakaları oluşturmaktadır (49). Nurcombe'nin yapmış olduğu çalışmaya göre A.B.D.'de çocuk istismarı vakalarının % 15'i ya da yılda 150 000 vaka cinsel istismar ile ilgili olup bunların yarısı genital penetrasyon içermektedir (50). Herman tarafından yapılan çalışmaya göre kadınların % 10'u çocuklukta Cİ'ye uğradığını bildirmekte ve % 1'i baba-kız ensesti tanımlamaktadır (51). Erişkin kadınların 1/3'i ila 1/5'inin çocukluk döneminde istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir (52). Finkelhor 1990 yılında yaptığı çalışmada, Cİ'nin prevalansını erkeklerde %15, kadınlarda ise %27 olarak bildirmiştir (20). Peters (1986) ise çalışmasında %6-62 arasında değişen prevalans oranlarından bahsetmektedir (6). National Survey of Adolescents (NSA) tarafından cinsel istismara uğradığı belirlenen, 12-17 yaş aralığındaki 263 ergene yönelik yapılan çalışmada, ergenlerin % 61,3'ünün Kafkasyalı, % 22'sinin Afro-Amerikalı ve % 9,6'sının İspanyol olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularına göre, Cİ türü olarak olguların % 37'sinin penetrasyon içeren cinsel istismara maruz kaldıkları tespit edilmiştir (53). Briere ve Elliott 935 erişkin ile yaptıkları çalışmada, 66 erkek ve 152 kadının çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldığını, Cİ'a uğrayanların % 46,8'inin ensest olduğunu, % 52,8'inin penetrasyon içeren cinsel istismara maruz kaldıklarını saptamıştır. İlk istismara uğrama yaş ortalaması ise 9,7 olarak tespit edilmiştir (54).

Avrupa'da cinsel istismar oranı 16 yaşından küçük kızlarda % 6-36, erkeklerde ise % 1-15 arasında rapor edilmiştir (55). Grönland'de çocuk cinsel istismarı sıklığı kadınlarda % 8 ve erkeklerde % 3 oranında olduğu kaydedilmiştir (56). Cenevre'de ergenlerle yapılan bir araştırmada fiziksel temas içeren cinsel istismar oranı kızlarda % 20,4 ve erkeklerde % 3,3 olarak tespit edilmiştir (57). Birleşik Krallıkta yapılan çalışmada yaşam boyu yaygınlık verilerine göre cinsel istismar oranı % 10 olarak

belirlenmiştir (58). Avustralya'da Dunne ve arkadaşları tarafından 18-59 yaş aralığındaki, 876 erkek ve 908 kadın ile yapılan araştırmada, 16 yaşından önce penetrasyon içermeyen cinsel istismar oranı kadınlarda % 33.6 ve erkeklerde % 15.9 olarak bulunmuştur. Yine aynı araştırmanın bulgularına göre kadınların % 12'si, erkeklerin ise % 4'ü 16 yaşından önce penetrasyon içeren cinsel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (59). Larsen ve Larsen tarafından Danimarka'da yapılan bir araştırma da, 15 ve 16 yaşlarındaki 5829 (2910 erkek ve 2918 kız) katılımcının % 11.3'ü (N= 657) cinsel istismara maruz kaldıklarını belirtmiştir. Cinsel istismara maruz kalan 657 kişinin 195'i erkek ve 462'si kızdır. Erkeklerin % 63.1'i (N=123) ve kızların % 58.7'si (N= 392) penetrasyon içeren cinsel istismara maruz kaldığı, vakaların % 9.1'inin (N=60) ise fiziksel temas içermediği belirlenmiştir (60). Madu ve Peltzer tarafından Güney Afrika'da ilköğretim öğrencileri ile yaptıkları araştırmada, erkeklerin % 60'ının ve kızların da % 53.2'sinin cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir (61). Lucatero ve arkadaşları tarafından Meksika'da 11-20 yaş arası arası 1067 kişi ile yapılan çalışmada, araştırmaya katılanların % 18.7'si cinsel istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Araştırmada katılımcıların % 25'inin fiziksel temas içermeyen cinsel istismara maruz kaldıkları, bunların % 54'ünün cinsel içerikli konuşmalara maruz kaldığı, % 26'sının pornografik görüntülerinin çekildiği, % 16'sının voyerizme ve % 2'sinin teşhir içeren cinsel istismara maruz kaldıkları belirtilmiştir. Fiziksel temas içeren cinsel istismar oranı ise % 75 olarak belirlenmiş olup bunların % 40.7'si oral penetrasyon, % 26'sı vajinal penetrasyon, % 20'si anal penetrasyon ve % 13.3'ü diğer istismar türlerini de içeren cinsel istismara şeklindedir. Fiziksel temas içeren cinsel istismarlarda ensest oranı ise % 39.3'tür (62). Sabina, Wolak ve Finkelhor'un Amerika'da üniversite öğrencilerinden oluşan 563 kişi ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların % 72.8'inin (erkeklerin % 93.2'sinin, kızların 62.1'inin) 18 yaşından önce online pornografide görüntülediği tespit edilmiştir (63).

National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) 1996 yılı verilerine göre cinsel istismar vakalarının % 39'unu 8 yaş altındaki çocuklar oluşturmaktadır (64). Bear, Schenk ve Buckner yaptıkları araştırmada, 1988 yılında rapor edilen bütün çocuk cinsel istismar vakalarının % 35'ini 6 yaşın altındaki kız çocukların oluşturduğunu bildirmişlerdir (65). Dr. Michael Durfee'nin 1984 yılında, Sağlık Hizmetlerinin Los Angeles Departmanında hazırladığı rapora göre, cinsel istismar uğrayan çocukların çoğunu öncelikle 2 yaş, daha sonra da sırasıyla 3 ve 4 yaş çocuklar oluşturmaktadır

(66). Geiser tarafından 1979 yılında yapılan çalışmada ise, kurbanlar arasında 2 aylıktan küçük bebekler olduğu gözlenmiştir (67).

Ülkemizde Cİ sosyo-kültürel sonuçları gereği oldukça hassas bir konu olarak görülmekte ve bu durum gizlenilmekte, bireyler tarafından ifade edilmekten kaçınılmaktadır. Bu nedenle yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ortaya konulan oranlardan daha yüksek oranların bulunduğu öngörülmektedir (68). Alikasifoglu ve arkadaşlarının İstanbul'da bulunan 1955 kız lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerden %13,4'ünün cinsel istismara maruz kaldığı, %11,3'ünün özel yerlerine dokunulduğu, %4,9'unun cinsel ilişkiye zorlandığı, %3'ünün her iki türde cinsel istismara maruz kaldığı ve % 1,8'inin ensest kurbanı olduğu ifade edilmiştir (10). Akyüz ve arkadaşlarının erişkinlerle yaptıkları çalışmada, çocuklukta cinsel istismara uğrama oranı %2,5 olarak belirlenmiştir (69). İstanbul'da üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada 302 kız öğrencin %44,5'i, 18 yaşından önce en az bir kez Cİ'a uğradıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, 16 yaş öncesinde ensest Cİ oranı üniversite öğrencilerinde %4,6, lise öğrencilerinde %4,5, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %8,7, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında ise %10,2 olarak belirlenmiştir (11). Soylu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çok merkezli ve 1250 Cİ olgusunun değerlendirildiği çalışmada olguların %80,2'sini kız, %19,8'inin erkek çocuklar oluşturmaktadır. Çalışmada kızların yaş ortalaması  $13.65 \pm 3.03$  (3-18), erkeklerin yaş ortalaması  $11.13 \pm 3.28$  (2,5-17,70) olarak belirlenmiştir. Ayrıca cinsel istismar türleri açısından yapılan değerlendirmede, kızların %33,7'sinin cinsel amaçlı dokunmaya, %31,7'sinin vajinal penetrasyona maruz kaldığı, erkeklerin ise %50,8'inin anal penetrasyona, %23'ünün cinsel amaçlı dokunmaya maruz kaldığı tespit edilmiştir (14). Yavuz ve arkadaşlarının Adli Tıp Kurumu verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada 222 fiili livata mağduru çocuğa ait veriler incelendiğinde; çocukların yaş aralığı 3-18, yaş ortalaması 10,77 ve çocukların %63'ünün erkek olduğu saptanmıştır (70). Dönmez ve arkadaşları tarafından İnönü Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi'ne adli mercilerce yönlendirilmiş 215 (157 kız, 58 erkek) olgunun değerlendirmesinin yapıldığı çalışmada çocukların yaş ortalaması  $12,55 \pm 3,38$  (4,30-17,9) olarak tespit edilmiştir. Çalışmada en sık bildirilen cinsel istismar tipi kızlarda %42,7 ile bedene cinsel amaçlı dokunma, erkeklerde % 50 ile anal penetrasyon olarak belirlenmiştir. Olguların %89,8'inde cinsel istismarın temas, % 46'sında penetrasyon içerdiği saptanmıştır. Ayrıca mağdurların %40,5'inin birden çok kez cinsel istismara maruz kaldığı ve olguların %7,4'ünün ensest olduğu bildirilmiştir (71). Öztop ve Özcan tarafından

Erciyes Üniversitesi ve İnönü Üniversitesi'ne adli mercilerce yönlendirilen, 4-17 yaş aralığındaki 127 Cİ mağduru çocukla yapılan çalışmada olguların %70'inin kız, %30'unun ise erkek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca olguların %45,7'sinin cinsel amaçlı dokunmaya, %43.3'ünün sexüel penetrasyona maruz kaldığı tespit edilmiştir (72).

Yapılmış olan bu çalışmalara rağmen gerek kayıtlarımızın yetersiz oluşu gerekse akademik olarak bu tip çalışmaların sayısının az olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır (42).

#### **2.1.4. Cinsel İstismar Açısından Etiyolojide Rol Oynayan Risk Etmenleri**

Cinsel istismar riski değerlendirildiğinde, istismara maruz kalan çocukların sahip olduğu bazı özelliklerin bu riski arttırdığı düşünülmektedir (44). Araştırmacılarca yapılan çeşitli sosyodemografik ve epidemiyolojik çalışmalarda, istismara maruz kalan çocuğun bireysel, ailesel özelliklerinin ve Cİ'a ait çeşitli faktörlerin bu duruma maruz kalma açısından etyolojik risk etmenleri olduğu ön görülmektedir.

**Bireysel Risk Etmenleri:** Cinsel istismar açısından etiyolojide rol oynayan bireysel risk etmenleri yaş, cinsiyet ve çocuğun sağlık durumu olarak sayılabilir (7).

**Yaş:** Cinsel istismara uğrama sıklığı yaşla artmaktadır (73). İstismara uğrayan çocukların yaşlarının değerlendirildiği bir çalışmada, çocukların %10'unun 0-3 yaş, %28'inin 4-7 yaş, %25,5'inin 8-11 yaş ve %35'inin 12-18 yaş arasında bulunduğu tespit edilmiştir (4). Bu çalışmaya benzer olarak, birçok çalışmada da çocuk cinsel istismarının en fazla 8-12 yaşları arasında, preadölesan dönemde meydana geldiği görülmektedir (74).

**Cinsiyet:** Yapılan epidemiyolojik çalışmalar kızların cinsel istismara erkeklerden daha fazla maruz kaldığını ortaya koymaktadır (75). Kızların erkeklerden 2 ile 5 kat daha fazla istismara uğradığı araştırmacılarca bildirilmektedir (76, 77). Cinsel istismar yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda, bu oran kızlarda % 6-62, erkeklerde ise % 3-30 arasında bulunmuştur (78). Yapılan bu araştırmalardaki verilere rağmen erkek çocukların da kızlar kadar risk altında olduğu düşünülmektedir (79). Erkek çocukların, eşcinsel olarak damgalanacakları kaygısı ve başkaları tarafından güçsüz olarak algılanmak istememeleri nedeniyle istismarı gizli tutabilecekleri belirtilmektedir (80). Bu nedenle erkek çocukların cinsel istismara maruz kalma yaygınlığının, araştırmalara gerçek oranlarda yansımadağı tahmin edilmektedir. (81).

**Çocuğun Sağlık Durumu:** Çocuğun mevcut fiziksel ya da zihinsel bir engelinin bulunması ve bazı psikiyatrik hastalıkların varlığı da, Cİ açısından bireysel risk

etmenleri arasında sayılmaktadır. Körlük, sağırılık, zihinsel gelişim geriliği gibi çocuğun özellikle de güven algısını bozan sorunlar Cİ riskini arttırmaktadır (82, 83). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşıt olma ve karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu, bipolar bozukluk ve şizofreni cinsel istismara uğrama riskini arttırmakta ve bu psikiyatrik sorunlara sahip çocuklar maruz kaldıkları kötülüğü değerlendirmekte güçlük yaşamaktadırlar (84, 85). Ayrıca fiziksel ya da zihinsel güçlükleri olan cinsel istismara uğramış çocuklarda erkeklerin, kızlardan daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır (7).

Bunların dışında yine bireye ait özellikler olan ırk ve etnik köken ise Cİ açısından risk etkeni olarak görülmemektedir. Ancak bu özelliklerin belirtilerin dışı vurumunda etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmacılar Latin kızların, Afro-Amerikan ya da beyaz ırktan olan kızlara göre daha fazla emosyonel ve davranım sorunları yaşadığını saptamışlardır (7). Ayrıca cinsel istismara maruz kalmakta sonraki istismarlar açısından riski arttıran bir durumdur (20).

**Ailesel Risk Etmenleri:** Ailenin sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyi, ebeveynlerin birbirleri ile ve çocukla olan ilişkilerindeki aksaklıklar, ebeveynlerin kendilerine ait fiziksel ve ruhsal sorunların bulunması, yanlış ebeveyn tutumları ve ebeveynlerin cinsel istismar konusundaki farkındalıklarının yetersizliği ve ailesel dinamikler Cİ açısından ailesel risk etmenlerini oluşturmaktadır. Ebeveynler arasında çatışma ve şiddet olması, boşanma, tek ebeveynle yaşama ve evde üvey baba varlığı Cİ riskini arttırmaktadır (73, 86, 87). Ebeveynlerin geçmişinde cinsel istismar öyküsünün olması ya da ebeveynlerin madde kullanımının bulunması da yine Cİ açısından risk etmenidir (88, 89). Araştırmalar, özellikle de düşük anne eğitim düzeyinin Cİ riskini belirgin olarak arttırdığını göstermektedir. Ebeveynlerin kronik bir hastalığının bulunması, annenin uzun süre çocuktan ayrı kalması, ailenin sosyal izolasyonu, katı ve cezalandırıcı ebeveyn tutumları da yapılan çalışmalarda riski arttıran etmenler olarak belirtilmiştir (90). Cİ ile ailenin sosyal sınıfı arasındaki ilişki net olarak kanıtlanabilmiş değildir. Hemen her sosyoekonomik düzeyden çocuk Cİ'ya uğrayabilmektedir (44, 91). Bunun yanında düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde Cİ riskinin fazla olduğunu savunan araştırmacılar da bulunmaktadır. Ancak yine bu araştırmacılara göre Cİ riski fiziksel istismar ve ihmal kadar belirgin değildir (73, 76). Ayrıca sık taşınma ya da göç gibi ailenin sosyal çevresinin değişmesine neden olan faktörler de Cİ olgularında sıklıkla gözlenmektedir (92). Svedin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Cİ'ya uğrayan çocukların aile özellikleri incelenmiş ve elde edilen bulgular bu ailelerde,

iletişim problemlerinin, duygusal yakınlığın eksik olduğunu, sosyal izolasyonun var olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada ensest olgularda aile üyelerinin sayıca fazla olması, üvey anne-baba faktörü, babada alkol-madde bağımlılığının bulunması ve ebeveynler arasındaki evlilik problemlerinin riski arttırdığı vurgulanmıştır (8).

**Cinsel İstismara Ait Risk Etmenleri:** Cinsel istismara ait özellikler daha çok istismar sonrasında oluşan psikiyatrik sonuçların boyutunu etkilemektedir (93). Erkeklerde yabancılar tarafından istismar edilme olasılığı, kızlarda ise aile içi istismar olasılığı daha yüksektir (20). Aile içi istismar, aile dışı istismara göre daha uzun süreli olmaktadır. Aile içi istismarlarda olayın ortaya çıkması daha uzun sürmekte bu süreçte ise istismar devam edebilmektedir (94). Araştırmacılar istismarcıların büyük çoğunluğunun çocuk tarafından bilinen, güven duyulan aile bireyi veya yakını olduğunu ortaya koymaktadırlar (95). İstismarcıların özelliklerine yönelik olarak ABD ulusal istatistik verileri kullanılarak yapılan araştırmada, istismarcıların %6,6'sı 20 yaşından küçük, %45,2'si 20-39 yaş arası, %7,2'si 49 yaşından büyük olduğu saptanmıştır. İstismarcıların %85- 90'ının erkek olduğu, kadın istismarcı sayısının ise az olduğu bildirilmektedir (96). Kadın istismarcı tarafından gerçekleştirilen Cİ olguları yeterince önemsenmeyerek daha az oranda bildirilmekte, bu durum ise tekrarlayan istismarlara neden olabilmektedir (97, 98). İstismarcının kadın olduğu durumlarda istismarcı, %40 oranında çocuğun bir arkadaşı, %30 oranında çocuğun tanıdığı biri ve %30 oranında bakım verme amacıyla evde bulunan bakıcı olmaktadır (99). Bu konu ile ilgili olarak yapılan nadir çalışmalardan birinde (98), istismarcının kadın olduğu vakalarda daha ağır psikiyatrik sorunlar gözlenmiştir (97).

### 2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler

Cİ'nin tespiti ve değerlendirme süreci multidisipliner bir bakış açısı gerektirmektedir. Değerlendirme sürecinde öykü alma, fiziksel incelemeler, gerekli laboratuvar/psikometrik testler ve ayırıcı tanı basamakları yer almaktadır (100). Cİ tespitinde en önemli kanıt çocuğun ifadeleridir (101). Çocuktan alınan öykü dışında diğer bireylerin verdikleri öyküler zaman zaman yanıltıcı olabilmekte ve farklı çıkarlar için ifade ediliyor olabilmektedir. Boşanma sürecinde, özellikle velayet anlaşmazlığında söz konusu ise %25-50 oranlarında kanıtlanamayan (sahte ya da kuşkuculuğa dayanan gerçek dışı) Cİ suçlamaları ortaya çıkabilmektedir. Velayet anlaşmazlığının olmadığı durumlarda ise bu oran %4-9 civarındadır (102).

İstismara uğramış olan çocuklar birçok farklı şekilde alanda çalışan uzmanların karşısına gelebilmektedir. Ancak birçok vakada da rastlanıldığı üzere bu durum

gizlenilmekte, ihmal ve istismarın izlerine farklı açıklamalar getirilerek bu alanda çalışan uzmanlar yanıltılmaya çalışılmaktadır. Çocuk ise tehdit edildiği, korktuğu için ya da ebeveynlerini koruma iç güdüsüyle sessiz kalabilmektedir. Ayrıca yaşadığı travmanın psikiyatrik sonuçları da dikkate alındığında mağdur, yardım arama arayışında olamayacak kadar ya da alacağı yardımın olumlu yanlarını göz ardı edecek kadar çökkün, ümitsiz ve karamsar bir duygu-durum içerisinde olabilmektedir. Bu nedenle tüm bu zorluklar göz önünde bulundurulduğunda alanda çalışan uzmanların karşılaştıkları vakalarda verileri çok iyi okumaları, şüpheli ve sabırlı bir yaklaşım içerisinde olmaları Cİ vakalarının tespitinde oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Tüm bunların yanında kanıtlarla ortaya konulabilen bulguların varlığı da oldukça önemlidir.

Cİ vakaları, adli mercilerce yönlendirilerek değerlendirilmesi istenilen vakalar dışında ilk etapta şüphe uyandırmayacak fiziksel ve psikiyatrik semptomlarla başvurabilirler. İstismara uğramış bir çocukla karşılaşan hekimler durumun şiddetine göre karar verip çocuğun yaşadığı olayı küçümsememeli ya da ötelememelidirler. Çocuğun ihmal ve/veya istismara uğradığı konusunda kuvvetli şüpheleri ya da bulguları olan hekimler şüphelerinin nedenlerini oluşturan anamnez bilgilerini, fiziksel ve psikiyatrik bulgularını titizlikle kayıt altına almalıdırlar. Görüşme süresince yapılacak olan işlemler hakkında temel bilgiler verildikten sonra, hem çocuktan hem de ailesinden onam alınmalıdır. Öykünün alındığı tarih ve saatin kaydı tutularak, öykü not edilirken çocuğun kendi cümlelerine yer verilmelidir. Çocukla yapılan görüşmede terapotik ilişki çerçevesinde güven esasına dayanan bir iletişim tercih edilmeli ve görüşme açık uçlu sorularla gerçekleştirilmelidir (103). Görüşmede çocuğun yaşı da dikkate alınarak, çocuğun yaşadığı olayı ifade edebilmesini kolaylaştırabilecek olan çeşitli resimler ve oyuncaklar dikkatli bir şekilde kullanılabilir. Ayrıca çocuğun cinsel organlar için kullandığı kelimelerin bilinmesi de gerekmektedir (102, 104).

Cİ'a uğramış çocuk ve gençler çok farklı fiziksel ve ruhsal belirtilerle hekime başvurabilmektedirler. Ancak 'cinsel istismara' özgü spesifik bir belirti bulunmamaktadır (83). Çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran hastalar ile yapılan bir kohort çalışmasında cinsel istismar oranı spontan bildirim şeklinde %6 iken, olası istismar öyküsü sorgulandığı zaman ise %31 olarak tespit edilmiştir (12). Cİ'ı hekim karşısına getiren fiziksel belirtiler; karın ağrıları, rektal kanama, ata biner tarzda düşme öyküsü, kronik ya da yineleyen idrar yolu enfeksiyonları, diğer somatik yakınmalar ve gebelik olabilir. Ayrıca; vaginal-rektal kanama, yabancı cisim, kondiloma akuminata, genital herpes, trikomoniasis, gonokokal vulvovaginit ve diğer cinsel yolla bulaşan

hastalıklar da Cİ olgularında gözlenebilmektedir (105, 106). Fiziksel inceleme de dikkat edilmesi gereken husus, yeni Türk Ceza Kanunu (TCK) madde 287'ye göre genital muayenenin hâkim veya savcının kararına bağlı olarak yapılması gerektiğidir (107).

Çogu olguda cinsel kötüye kullanımı kanıtlayacak fiziksel bulgular ortadan kalkmış olabilir ya da hiç bulunmayabilir. Ancak özgün bulgular olmamasına rağmen, çocuk ve ergenler yine de kuşkuyu artırıcı birçok davranış örüntüsü ve klinik bulgular sergileyebilmektedirler (106). Cİ sonrasında mağdurlar çok geniş bir yelpazede ruhsal belirtiler ve davranış özellikleri sergilemektedir. Bu davranış özellikleri ve ruhsal belirtilere bir sonraki başlıkta değinilmiştir.

### **2.1.6. Cinsel İstismar Sonrasında Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar**

Cİ'nin çocuk sağlığı üzerindeki olası psikolojik etkileri geniş bir spektrumda değerlendirilmektedir (108). Çocuk istismarı pek çok psikopatoloji için genel ve non-spesifik bir risk faktörüdür (109). Cİ'nin ruh sağlığı üzerine olan etkileri ile ilgili yapılan çalışmaların bazıları çocukluk döneminde ortaya çıkan tepki ve bozuklukları incelerken, bazıları ise erişkinlik döneminde ortaya çıkan psikiyatrik sorunları incelemiştir. Yapılan bu çalışmalarda istismarın erken ve geç dönemde pek çok ruhsal belirtiliyle ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (110). Çocukluk döneminde çocuğun cinsel istismara maruz kalması, çocuğun benlik gelişimini olumsuz etkilemekte, zedelenmiş benlik ise çocuk cinsel istismarı çalışmalarında sıkça elde edilen bulgulardan biri olan düşük kendilik değerinin oluşmasına neden olmaktadır. Ortaya çıkan düşük kendilik değeri ise depresyonun en belirgin belirtilerinden birini oluşturmaktadır (44).

İstismara uğramış çocukların hepsinde major bir psikopatoloji gelişmemektedir (111). Çocukların %40'ından fazlasının çok az veya hiç semptom sergilemedikleri bildirilmiştir (112). Ancak izleme dayalı çalışmalarda, belirti göstermemiş olan bu çocuklarında %10-20'sinde 12-18 ay içinde sorunlar ortaya çıktığı belirtilmiştir (7). McLeer ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, Cİ'a uğramış çocukların %62'sine en az bir, %29'una ise iki ve daha fazla psikiyatrik tanı konulduğunu tespit etmişlerdir (13). Çocukların klinik özellikleri yaşa göre farklılıklar göstermekte olup Cİ'a uğramış çocuk ve gençlerde istismarın sonucu olarak en sık gözlenen psikopatolojiler TSSB ve depresif bozukluktur (21, 22).

Ergenlik, kendilik bilincinde artış ve bilişsel değişikliklerin yaşandığı, bunun yanında da gelişimsel stresörlerin arttığı bir dönemdir. Bu dönemde meydana gelen Cİ gibi bir atipik yaşam olayı, olumsuz duygulanım ve duygudurum değişkenliğinde artışla sonuçlanmaktadır. Cİ kurbanı olan ergenlerde, küçük çocuklardan daha fazla travma



sonrası stres bozukluğu görülmektedir (113). İstismardan uzun zaman sonra ergenlerde, yüksek oranda travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete ve düşük benlik algısı tespit edilmiştir (114). Çok sayıda kurban, cinsel istismarın uzun dönemli etkilerinden olan travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) belirtilerini göstermekte ve TSSB, istismara uğrayan çocukların çoğunda ortak olarak görülen iki ana semptomdan biri olarak kabul edilmektedir. (İkinci semptom ise cinsel içerikli davranışlardır.) (114). Peckham ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları bir çalışmada, cinsel istismar kurbanlarının % 86'sında TSSB'na yönelik DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) kriterlerinin tümüne rastlanıldığı tespit edilmiştir (115). Feerick ve Snow, 2005 yılında erişkin kadınlarla yaptıkları çalışmada cinsel istismar öyküsü bulunanlarda sosyal kaygı ve post travmatik stres bozukluğu semptomları seviyesini istismara uğramamış kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (116). TSSB, Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda %44-71 oranlarında en sık bildirilen ruhsal bozukluktur. Bazı çocuklar TSSB'nin tüm tanısal ölçütlerini karşılamasalar da; yeniden yaşantılama, korku, kaygı ve konsantrasyon güçlükleri gibi TSSB belirtileri göstermektedir (23, 24). Bazı araştırmacılarca istismara ait birtakım özellikler, belirtilerin çeşitliliği üzerinde etkiler oluşturabilmektedir. Bu teoriye göre istismara ait özelliklerin niteliğine göre TSSB'nin tip 1 ve tip 2 olarak iki tipinin olduğu iddia edilmektedir. Tip 1 TSSB: Tipik TSSB belirtilerini içermekte ve bunlar tek bir travmatik olay sonucunda ortaya çıkmaktadır. Tip 2 TSSB ise, çekirdek TSSB belirtileri ve bu çekirdek belirtilerin işlevsellikte bozulmaya neden olduğu tip olarak tanımlanmaktadır ve bu durumun kronik bir istismar sürecinin sonucu ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (117). Kompleks TSSB ise affekt regülasyonunda düzensizlik, kendilik algısında bozukluk, sosyal ilişkide güçlükler, disosiyatif belirtiler ve somatizasyonu da içermektedir.

Cİ sonrasında yüksek oranda gözlenen bir diğer psikiyatrik sorun ise depresif bozukluktur. Molnar ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptıkları çalışmada, çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismar ve sonrasında oluşan psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada çocukluk çağında cinsel istismara uğradığı rapor edilen kadınların % 39,3'ünde ve erkeklerin % 30,3'ünde depresif belirtiler tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ayrıca DSM-IV'e göre anksiyete bozukluklarından en fazla travma sonrası stres bozukluğu bulunduğu gözlenmiş olup bu oran kadınlarda, % 39,1, erkeklerde ise %29,1 olarak saptanmıştır (109). Buzi ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları çalışmada cinsel istismarla depresif belirtiler arasında pozitif bir ilişki

saptamışlardır (118). Swanston ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları çalışmada cinsel istismara uğramış çocuklar 5 yıl sonra incelenmiş ve cinsel istismar mağduru çocukların % 43'ünde depresif belirtiler gözlenmiş, % 43'ünün ise benlik saygısının düşük olduğu bulunmuş ve yaş arttıkça benlik saygısının düştüğü belirlenmiştir (119). Shapiro ve arkadaşları tarafından 1990 yılında yapılan çalışmada cinsel istismar öyküsü bulunan 53 kız çocuk ile cinsel istismar öyküsü bulunmayan 32 kız çocuk karşılaştırılmış ve cinsel istismara uğrayan grupta yüksek düzeyde depresyon tespit edilmiştir (120). Gladstone ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan çalışmada, major depresif bozukluk teşhisi konulan 171 kadından 40'nın (% 23) çocukluğunda cinsel istismara maruz kaldığı rapor edilmiştir (121). Lundqvist ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü ile başvuran kadınların depresyon ve anksiyete oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (122). Alami ve Kadri'nin 2004 yılında, çocukluk çağı cinsel istismarının uzun dönemli psikiyatrik semptomlara etkisi üzerine yaptıkları bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü bulunan 65 kadından 27'sinin depresif belirtiler ve 22'sinin anksiyete belirtileri gösterdiği gözlenmiştir (123).

Anksiyete bozuklukları açısından ayrıntılı bir değerlendirmenin yapıldığı Chaffin ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada, çocuk cinsel istismarının anksiyete bozuklukları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırma bulgularına göre cinsel istismar mağduru çocukların % 44'ünde anksiyete bozukluklarından herhangi biri; % 35'inde fobiler, % 15'inde ayrılma anksiyetesi, % 4'ünde yüksek düzeyde anksiyete, % 4'ünde obsesyon ve % 4'ünde kompülsiyonlar tespit edilmiştir (124). Ayrıca cinsel istismar mağdurlarında gözlenebilen; süreğen gerilim, uyku bozuklukları, kabuslar, baş ağrıları, mide ağrıları, astım, mesane iltihabı, süreğen pelvik ağrısı gibi somatik yakınmalar şeklindeki belirtilerin kaygı ile bağlantılı olabileceği ve karşılaştırma gruplarına göre daha sıklıkla görüldüğü bilinmektedir (44).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında yine uluslararası literatüre benzer sonuçlar dikkati çekmektedir. Zoroğlu ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılan bir çalışmada çocuk istismarı ve ihmalinin kendine zarar verme ve özkıyım girişimi üzerine etkileri incelemiştir. Cinsel istismar kurbanı ergenlerin % 45,6 'sında (N=41) fiziksel olarak kendine zarar verme davranışı, % 29,2 'sinde depresyon belirtilerinden (N=26) olan öz kıyım girişimi tespit edilmiştir (125). Kliniğimizde yer aldığı, Öztop ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada; 4-17 yaş aralığındaki cinsel istismara uğramış 89 kız, 38 erkek toplam 127 çocuk ve ergenin psikiyatrik

değerlendirmesi yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler neticesinde de %18.1 oranında travma sonrası stres bozukluğu, %18.9 akut stres reaksiyonu, %10.2 uyum bozukluğu tesbit edilmiştir (72). Dönmez ve arkadaşları tarafından 2014 yılında kliniğimizde gerçekleştirilen cinsel istismar mağduru 157 kız, 58 erkek çocuk ve ergenin değerlendirildiği bir başka çalışmada olguların %81.9'unun istismar sonrası en az bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı belirlenmiştir. Olguların % 33,0'ına travma sonrası stres bozukluğu, %27,9'una major depresif bozukluk, %25,6'sına akut stres bozukluğu tanısının koyulduğu görülmüştür. Ayrıca olguların %7,4'ünde zeka geriliği saptanmıştır (71). Yine ülkemizde yapılan ve kliniğimizde yer aldığı çok merkezli bir başka çalışmada ise cinsel istismara uğramış 1002 kız, 248 erkek çocuk ve ergen değerlendirilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde çalışmada yer alan kızların %70,2'sinin, erkeklerin ise %55,9'unun psikiyatrik tanı aldığı görülmüştür. Psikiyatrik tanı koyulan kızlarda en sık gözlenen psikiyatrik sorunlar; akut stress tepkisi ya da TSSB (%47,9), major depresif bozukluk (%38,4) ve davranım bozukluğudur (%4). Erkeklerde ise benzer bir sıralama söz konusu olup; akut stress tepkisi ya da TSSB (%42,9), major depresif bozukluk (%15,5) ve davranım bozukluğu (%5,9) olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada zeka geriliği açısından yapılan değerlendirmede, ise zeka geriliği cinsel istismara uğrayan kızlar da %9,6 iken erkekler de bu oran %16,8 olarak bulunmuştur (14).

Genel olarak cinsel istismara uğrayan çocuklardaki duygusal ve davranışsal etkileri tanımlayan çalışmalar incelendiğinde bu çocuklarda; korku reaksiyonu, anksiyete, depresyon, kırgınlık, düşmanlık, travma sonrası stres bozukluğu, intihar, yeme bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, öğrenme güçlükleri, kisilik bozuklukları, düşük benlik algısı ve ilişkilerde problemler, suçluluk, suç işleme, uygunsuz cinsel davranışlar (herkesin ortasında mastürbasyon, cinsel ilişki takliti, anüs veya vajene yabancı cisim sokmak, insanlara sürtünmek, sürekli genital organlarıyla oynamak gibi), cinsel işlevsellikte bozulma ve tekrar kurban olmaya hassasiyet görülebilmektedir (15-20). Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan bireylerin büyük bir kısmında, hem erken dönemlerde hem de geç dönemlerde belirgin derecede davranışsal ve duygusal problemler ortaya çıkabilmektedir. Erken dönem belirtileri çocuğun yaşına göre farklılık gösterebilmektedir.

#### **0-4 Yaş:**

- Bağlanma sorunları
- Otonom işlevsellikte gecikme
- Tuvalet eğitiminde bozulmalar (idrar veya gaita kaçırma)
- Cinsel içerikli sözcüklerde artma
- Cinsel organlar ile aşırı fiziksel uğraş
- Oyunlarda cinsel içeriğın fazlalığı (cinsel eylemlerin diğer çocuklarla veya bebeklerle taklit edilmesi)
- Uyku bozuklukları
- Yeme bozuklukları
- Yabancılardan korkma

#### **4 - 6 Yaş:**

- Bebeksi konuşma (Regresyon)
- İçe çekilme
- Enürezis, enkoprezis
- Korku (yetişkinlerden, özellikle erkeklerden aşırı derecede korkma)
- Cinsel içerikli sözcük ve davranışlarda artma (cinsel organları gösterme, cinsel organları ile aşırı fiziksel uğraş veya açık masturbasyon)
- Cinsel ilişkiyi ayrıntılı bilme (cinsel ilişkiye tanık olma veya katılmadan kuşulanılmalıdır)
- Engellenme toleransında yetersizlik
- Yeme bozuklukları
- Uyku bozuklukları
- Agresyon
- Boyun eğme davranışı

## 7 - 12 Yaş:

- Benlik algısında sorunlar
- Akran ilişkilerinde sorunlar
- Okul başarısında düşme
- Korku (özellikle yetişkinlerden)
- Depresif belirtiler
- Travma sonrası stres bozukluğu belirtileri
- Yasa uygun olmayan davranışlarda artma (anne yada abla davranışı gösterme)
- Cinsel konularla aşırı uğraşma
- Cinsel saldırganlık (başkalarını cinsel eyleme zorlama)
- Aşırı veya açıktan mastürbasyon

## Ergenlik Dönemi:

- Anksiyete ilişkili semptomlar (korkular, uyku sorunları, kâbuslar ve bedensel yakınmalar)
- İkincil enürezis ve enkoprezis
- Düşük benlik saygısı,
- Özkıyım düşünceleri ve tekrarlayan özkıyım girişimleri,
- 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 veya eve gitmede isteksizlik
- Duygulanımda dalgalanma
- Kendine zarar verme, intihar
- İlaç ve alkol kötüye kullanımı
- Uygunsuz cinsel davranışlar (flörte erken başlama, kışkırtıcılık, arkadaşlarını cinsel ilişkiye zorlama)
- Davranım bozuklukları (okuldan ve evden kaçma, yalan söyleme, çalma ve saldırgan davranışlar ) şeklinde özetlenebilir (23, 24, 30, 105, 106, 126-130).

Cinsel kötüye kullanımın geç dönemdeki olası sonuçları ise; emosyonel etkiler (Depresif duygudurum üzerine etkiler, Anksiyete şeklindeki etkiler), davranışsal etkiler, kişilik gelişimi üzerine etkiler ve diğer etkiler (alkol-madde kötüye kullanımı) olarak sıralanabilir (105, 106, 131). Cİ'nin geç dönem etkileri üzerine yapılan çalışmalarda, çocuklukta Cİ'ye uğrayan kişilerin yetişkinlikte major depresyon, öz kırım, borderline kişilik bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı, bulimiya nervoza, agorafobi ve panik bozukluk oranlarının böyle bir öyküsü olmayanlardan yaklaşık iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (131-133).

Araştırmacılar, daha çok ergenlerde gözlenen evden ve okuldan kaçma, başboş ve düzensiz bir hayat tarzı, uyuşturucu ve alkol kullanımı ile kendini ihmal ve tahrip edici bir hayat yaşama gibi davranışların arkasında cinsel istismar öyküsünün olduğuna dikkat çekmektedirler (134). Cİ mağduru erkek çocuklarda en sık görülen davranışsal tepki saldırgan davranışlardır ve davranım bozukluğu niteliğindeki davranışlar sıklıkla gözlenmektedir. Bazı araştırmacılar bu durumu, erkek kimliğini yeniden oluşturma çabası olarak yorumlamaktadırlar. Kızlarda gözlenen en sık davranış tepkisi ise, intihar ve kendine zarar verme davranışlarıdır. Araştırmacılar, bunun kendini cezalandırma veya çekiciliğini azaltma amacıyla yapıldığını ileri sürmektedirler (135). İstismar mağduru çocuk ve ergenler, bedenlerinin küçük ve güçsüz olması, örselenmeye açık olması, acı ve alayın taşıyıcısı olması ya da saldırganlık zevk ve rahatlama sağlaması gibi nedenlerle bedenlerinden nefret edebilirler ve kendi bedenlerine zarar verme davranışlarına ya da intihara yönelebilirler. Bu şekilde de kaygı ve depresyonun verdiği acılardan kurtulmayı amaçlamış olabilirler (44). Ayrıca yetişkin yaşamdaki kendine zarar verme ve intihar davranışlarının, çocukluk çağı cinsel istismarı ile ilişkili olabileceği de düşünülmektedir (136).

Cinsel istismar sonrasında çocuklarda gözlenen cinsel davranışlar incelendiğinde; yaşa uygun olmayan cinsel bilgilere sahip olma, cinsel anlam taşıyan davranışlarda bulunma, cinsel uyarılma, cinsel oyunlar oynama, cinsel organları gösterme, cinselliğe karşı ilgi ve merak içeren ifadelerde bulunma ve cinsel saldırganlık gözlenebilmektedir (44). Uygunsuz cinsel davranışlar açısından kızların ve ciddi mental hastalığı bulunan çocukların daha riskli oldukları da bildirilmektedir (137, 138). Adams ve arkadaşlarının ciddi mental hastalığı olan 499 çocuk ve ergen üzerinde yapmış oldukları çalışmada uygunsuz cinsel davranış gösterenlerin oranının %36 olduğu ve bunların çok büyük bir kısmının cinsel istismar mağduru olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada 0-3 yaş aralığındaki çocukların uygunsuz cinsel davranış gösterme

oranlarının daha da fazla olduğu vurgulanmıştır (137). Ayrıca cinsel istismara maruz kalan çocukların erişkinlikte daha sık korunmasız cinsel ilişkiye girdiklerini, birden fazla partner tercih ettiklerini ve seks ticareti ile ilişkili olduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (139, 140). Kadınlarda cinsel sogukluk, vajinusmus gibi cinsel sorunların görülme oranı artarken (20), erkeklerde ise sıklıkla cinsel kimlik karmaşası gözlenmektedir (87). Bazı araştırmacılar, çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kişilerin, daha sonra cinsel suçlulara dönüştüğünü vurgulamışlardır. Craissati ve McClurg 1996 yılında, mahkum edilmiş cinsel istismarcıların yaklaşık % 50'sinin çocukluğunda cinsel istismara uğradığını, Romano ve De Luca ise 1997 yılında cinsel suçluların ortalama olarak % 28'inin cinsel istismar öyküsü olduğunu rapor etmiştir (141, 142).

Cİ'a uğramış çocukların standardize zeka testlerinde ortalamasının altında puan aldıkları, sık sık sınıf tekrarı yaptıkları, not ortalamalarının düşük olduğu, sınıfta sosyal ve davranışsal sorunlarının olduğu, okul başarısı ve dil gelişiminde bozuklukların olduğu bildirilmiştir (143). Ayrıca Cİ mağduru çocuklarda somatizasyon, gece terörü ve reaktif bağlanma bozukluğu görülebilmektedir (144-146). Çocuk cinsel istismarının erişkinlikteki etkilerini inceleyen bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu tanısı konulan hastaların %55'inin 18 yaşından önce cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (147). İstismar sonrası görülen; reaktif bağlanma bozukluğu, madde bağımlılığı, duygusal dengesizlik, anksiyete, depresyon, intihara eğilim ve diğer kendine zarar verici davranışlar, yeme bozukluğu ve yıkıcı davranışlar içevurum ve dışavurum davranış problemleriyle bağlantılıdır (76). Kızlarda daha çok içe vurum bozuklukları (depresyon, anksiyete, TSSB) gözlenirken erkeklerde ise daha çok dışavurum bozuklukları (ODD, agresiflik, madde kullanımı) gözlenmektedir (113, 148). Yine bazı araştırmacılarca cinsel istismar ile dissosiyasyon arasında kuvvetli bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir (149, 150). Bir noktaya baka kalma, dikkatsizlik ve yanıtızlık çocuklarda görülebilecek en yaygın disosiyatif belirtileri oluşturmaktadır. Disosiyasyon çocuğun istismara eşlik eden korku ve bunaltıdan kaçınmasını sağlamaktadır. Disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı almış erişkinlerin %90'nın çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismara uğradıkları bildirilmektedir (23). Bunun yanında cinsel istismar öyküsü olanlarda non-epileptik nöbetler üç kat daha fazla tespit edilmiştir (151). Ayrıca Cİ ile yeme bozukluğu arasında bir ilişki olduğu da çeşitli araştırmacılar tarafından belirtilmiştir (140, 152). Çocukluk ve ergenlik çağında kişilik bozukluğu tanısı koyulmamakla birlikte, Cİ'ye uğrayan çocuk ve ergenlerde erişkin dönemde borderline, antisosyal ve

paranoid kişilik bozukluklarının gelişme riskinin arttığı çeşitli araştırmalarda ortaya koyulmuştur (96, 153).

Çocukluk çağında uzun süreli ve sık istismar öyküsü, güç kullanılmış olması, penetrasyonun olmuş olması ve çocuğun baba ya da üvey babası tarafından cinsel açıdan istismar edilmiş olması; cinsel istismara uğrayan çocukların psikolojik belirtilerinin yoğunluğunu ve şiddetini arttırmaktadır (154). Kronik olarak istismara uğramış gençler; içinde buldukları çevreyi anlamada daha fazla güçlük çekmekte, bu gençlerin stresle baş etme ve problem çözme becerileri yetersiz kalmaktadır. Duygusal ve davranışsal olarak kendini düzenlemede sorunlar yaşayan mağdurlar da, ilerideki yaşamlarında daha fazla anksiyete, depresyon, bilişsel yıkım, somatizasyon, dissosiasyon, agresyon, dürtüsellik, şüphencilik ve diğer sistemik uygunsuz semptomlar ortaya çıkmaktadır (7).

## **2.2. Online Cinsel İstismar**

### **2.2.1. Tanım ve Tarihçe**

Literatürde “online cinsel istismar” şeklinde doğrudan bir tanımlamaya rastlanılmamış olup bu durumu tarifleyen çeşitli kavramlar yer almaktadır. Bu kavramlardan en çok kullanılanı ise “online sexual solicitation” dur. “Solicitation”, Türkçe kelime anlamı olarak “davetkar konuşma, taciz etme veya fuhuşa teşvik ” anlamlarına gelmektedir (155). Yapılmış olan çalışmalarda ise “online sexual solicitation” kavramı; online platformlarda çocukla yetişkinin iletişime geçerek, yetişkinin çocukla seksüel içerikli bir aktivitede bulunmaya, seks içerikli konuşmaya ya da seksüel bilgilerini elde etmeye çalışması ve tüm bunlar için çocuğu kışkırtması olarak açıklanmıştır (26). Bunun dışında “Internet-Initiated Victimization” ve “Sexting” şeklinde kavramlarda bulunmaktadır. Internet-initiated victimization kavram olarak Cİ açısından mağduriyetin gerçekleşmesinde internetin kullanıldığını ve internetin bu duruma ön-ayak olduğunu ifade etmektedir (156). Sexting ise cinsel içerikli veya müstehcen mesaj, fotoğraf ya da görüntünün cep telefonu, bilgisayar ya da diğer dijital cihazlar vasıtasıyla gönderilmesini ifade etmektedir (157).

Cİ ile ilgili geniş kapsamlı tanımlamalar ve temas içermeyen cinsel istismar tanımı doğrultusunda “online cinsel istismar”; online platformlar ya da cep telefonu mesajlaşma programları kullanılarak çocukla gerçekleştirilen her türlü cinsel içerikli konuşma, söz veya fiil ile sarkıntılık, istismarcının çocuğa cinsel bölgelerini göstermesi ve istismarcının çocuğu soyunukken ya da onu tatmin eden aktivitelerde bulunurken



gözetlemesi, çocuğun pornografik olarak görüntülenmesi (fotoğraf, video, gif vb) ve diğer cinsel sömürücü davranışlar olarak tanımlanabilir.

Bilgisayar ve iletişim teknolojilerindeki gelişmenin akabinde internet ve e-postanın keşfi online platformları gündeme getirmiş olup zaman içerisinde insanlar arasındaki iletişim ve etkileşimde önemli bir yer almaya başlamıştır (158). Başlangıçta oldukça kontrolsüz ve korunmasız olan bu online platformların kullanıma girdikleri tarihten itibaren çocuklar için risk faktörü olduğu düşünülebilir. 1990'lı yılların sonlarında medyada "online predators" başlıklı haberler yer almaya başlamış ve çocuklara internet üzerinden cinsel tacizde bulunan kişilerden bahsedilmiştir (159-162). Durkin 1997 yılında yayınladığı yazısında internetin çocuklara karşı sapkın cinsel ilgi duyan bireyler tarafından kullanılabileceğini ve internetin bu açıdan çeşitli riskler teşkil ettiğini ortaya koymuştur (27). Konu ile ilgili en kapsamlı çalışmalar ise ABD'de gerçekleştirilen "The Youth Internet Safety Surveys (YISS)" verileri kullanılarak yapılan çalışmalardır. Online sexual solicitation ile ilgili yapılan bu çalışmalar 2000, 2005 ve 2010 yılında gerçekleştirilmiş olup çarpıcı sonuçlarıyla dikkat çekmektedir (28).

### **2.2.2. Epidemiyoloji**

Gençlerin yaşamında giderek önemli bir yer almaya başlayan internet kullanımı ABD verilerine göre 10-17 yaş aralığında %90'lara ulaşmaktadır (163) Facebook ya da MySpace gibi sosyal medya sitelerinin kullanımı ise %80'lere varmaktadır (164). Gençlerin internet ve cep telefonu kullanımının yaygınlaşması ve bu cihazların teknolojilerindeki gelişim, gençlerin uğrayacağı mağduriyetin kolaylaşacağı ve artacağı yönündeki kaygıları arttırmaktadır (163, 165-169). Oldukça yüksek kullanım oranlarına sahip olan internetin, çocuk OCİ açısından riskleri ve yaygınlığına yönelik en kapsamlı ilk epidemiyolojik çalışma 2000 yılında ABD'de 10-17 yaş aralığındaki çocuklarla yapılan "The First Youth Internet Safety Survey (YISS-1)" çalışmasıdır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, online sexual solicitation oranı %19 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca online sexual solicitation sonrasında çocukların %3'ünün bu kişilerle gerçek hayatta da görüştüğü ve sexual solicitation'a maruz kaldığı vurgulanmıştır. 2005 ve 2010 yıllarında yapılan YISS-2 ve YISS-3 çalışmalarında ise online sexual solicitation oranları %13 ve %9, bunun neticesinde gerçekleşen offline sexual solicitation oranı ise %4 ve %3 olarak saptanmıştır. Ayrıca YISS-1, 2, 3 çalışmaları yaşlara göre incelendiğinde; 10-12 yaş aralığında sexual solicitation oranları %12, %9 ve %5 şeklinde iken 16-17 yaş aralığında bu oranlar %35, %44 ve %54 olarak

saptanmıştır (28). 2006-2008 yılları arasında yine ABD yapılan uzunlamasına ulusal çalışmada 10-15 yaş aralığında online sexual solicitation oranı %15-18 aralığında tespit edilmiştir. (170). Almanya’da 2008 yılında yapılan bir çalışmada ise online sexual solicitation oranı erkeklerde %5.6, kızlarda ise %19.1 olarak rapor edilmiştir (171). Aynı yıl Danimarka’da gerçekleştirilen çalışmada oranlar erkeklerde %5, kızlarda ise %16 olarak bulunmuştur (172). Avrupa birliğinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise seksüel bağlantı kurulma oranı tüm gençlerde %13, erkeklerde %10 ve kızlarda %17 olarak bildirilmiştir (173).

YISS çalışmalarından elde edilen verilerden biri de tacizcilerin gençlerle nerede iletişime geçtiği ile ilgilidir. Sonuçlar incelendiğinde 2000 yılı verilerine göre online sexual solicitation vakalarının %64’ü sohbet odalarında, %24’ü ise anlık mesajlarla gerçekleştirilmiştir. 2005 yılı verilerine göre %40 oranında anlık mesajlaşma, %36 sohbet odaları bu amaçla kullanılmıştır. 2010 yılında yapılan YISS-3 verilerine göre ise bu platformların yerini %58 oranında sosyal ağ siteleri almıştır. YISS-3 verilerine göre gençler yaşadıkları bu olayları %53 oranında paylaşmakta olup paylaşılan kişi %37 oranında bir arkadaş ve %19 oranında bakım veren olmaktadır. Ayrıca her beş gençten biri yaşadığı bu olayla ilgili çok üzgün hissettiğini, korktuğunu ve utandığını ifade etmiştir (174).

Yukarıda literatür bilgileri eşliğinde verilen epidemiyolojik veriler genel popülasyonlara ait olup yapılan literatür taramasında çocuk ve ergen psikiyatrisi hasta popülasyonunda OCİ sıklığına yönelik olarak yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

### **2.2.3. Online Cinsel İstismar Risk Etmenleri**

Cinsel istismar ana başlığı altında yer alan bireysel, ailesel ve cinsel istismara ait risk faktörleri OCİ içinde söz konusudur. Bu risk faktörlerinin yanı sıra çeşitli internet kullanım alışkanlıklarının bu durumun ortaya çıkmasında riski önemli oranda arttıran bir faktör olduğuda bilinmektedir.

Çalışmalar riskli cinsel davranışlarda bulunanların bu davranışlarını online platformlarda da sergileyebileceğini göstermektedir. Bu nedenle riskli cinsel davranışlarda bulunmakta OCİ açısından risk faktörüdür (175-177). Sigara kullanımı, okulu asma, korunmasız cinsel ilişki vb. gibi riskli davranışların pik yaptığı, impuls kontrolünde güçlüklerin bulunduğu ergenlik dönemi tek başına risk faktörü olarak görülebilir (178-180).

Risk faktörleri ile ilgili olarak Baumgartner ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; birisiyle seks hakkında konuşmak ya da cinsel ilişkiye girmek amacıyla online platformlarda arama yapmak, online olarak mahrem kişisel fotoğraflar ve video göndermek, kişisel telefon numarası ve adresin paylaşılması online sexual solicitation açısından riskli davranışlar olarak belirlenmiştir (181). Bazı çalışmalar duygu-durum bozuklukları, depresyon ve davranış sorunları gibi psikolojik ve sosyal sorunların çeşitli online cinsel davranışlarla ilişkili olabileceğini ve risk oluşturabileceğini ortaya koymaktadır (182, 183). Noll ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada istismar maruziyeti, davranış sorunları ve düşük bilişsel yetenek gibi sorunların internette yüksek riskli davranışlara ve online sexual solicitation'a neden olabileceği vurgulanmıştır (184). YISS çalışmaları kapsamında yapılan değerlendirmede; 2000 ve 2005 yıllarındaki verilere göre sohbet odalarını kullanıyor olmak bir risk faktörüken 2010 yılı verilerine göre Skype gibi video sohbet siteleri daha popüler hale gelmiş ve riski arttırmıştır. Yine 2010 yılı YISS verilerine göre gençlerin %80'i sosyal ağ sitelerini kullanırken, online solicitation'a maruz kalan gençlerde bu oran %95 olarak tespit edilmiştir. YISS-3 verileri doğrultusunda online sexual solicitation'a maruz kalan ve kalmayan gençlerin internet kullanım alışkanlıkları karşılaştırıldığında; haftada 5-7 gün internet kullanım oranları %77'ye karşı %68, sohbet odalarının kullanım oranı %72'ye karşı %46, yalnızca online platformdan tanıdığı kişilerle konuşma oranı %71'e karşı %37 olarak tespit edilmiştir (174). Mitchell ve arkadaşları tarafından YISS-1 ve YISS-2 verileri karşılaştırılarak yapılan çalışmanın sonuçları incelendiğinde; online sexual solicitation'a maruz kalanların anlamlı derecede daha yüksek oranda 14-17 yaş aralığında, kız cinsiyette, ve siyah ırktan olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada ev halkının eğitim seviyesinin yüksek olması, yüksek internet kullanım süresi, e-mail kullanımı, direk mesajlaşma programlarının kullanımı, sohbet odalarının kullanımı, online dergi/blog takip etmek, arkadaşının evinde internete girmek, cep telefonundan internet kullanmak, internette tanışılan kişiyle konuşmak, yakın online ilişki kurmak, kişisel bilgileri paylaşmak ya da birine göndermek, seks hakkında konuşmak, daha önce hiç karşılaşmadığı kişilerin arkadaş listesinde olması OSS'a maruz kalanlarda yine anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur (185). Helweg ve arkadaşları tarafından Danimarka'da gerçekleştirilen çalışmaya göre; kız cinsiyette olmak, cinsel istismara maruz kalmış olmak, ailede alkol kötüye kullanımının olması, emosyonel problemlerin bulunması, aktivite ve dikkat bozukluğu semptomlarının varlığı, antisosyal davranışların varlığı, sık ve riskli internet kullanım alışkanlıklarının bulunması online

istismar açısından riski arttırmaktadır (172). Jonsson ve arkadaşları tarafından İsveç'te gerçekleştirilen çalışmanın verileri incelendiğinde; daha önce online ortamlarda tanışılan kişiyle seks yapmak, aileden ayrı yaşamak, düşük koherans duygusu ve benlik saygısına sahip olmak, kötü ruh sağlığı, antisosyal davranışlar, fazla internet kullanımı, kişisel bilgileri paylaşmak, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmak online seksüel davranış riskini arttırmaktadır (186).

Tüm bu literatür bilgileri ışığında online cinsel istismar açısından riski arttıran faktörler şöyle sıralanabilir;

- Ergenlik döneminde olmak (özellikle 14-17 yaş aralığı)
- Kız cinsiyette olmak
- Siyah ırktan olmak
- Riskli cinsel davranışlarda bulunmak (korunmasız cinsel ilişki)
- Sigara kullanımı
- Aileden ayrı yaşamak
- Seks hakkında konuşmak
- Cinsel ilişkiye girmek amacıyla online platformlarda arama yapmak
- Mahrem kişisel fotoğraflar ve video göndermek, paylaşmak
- Kişisel telefon numarası ve adresin paylaşılması
- Psikolojik sorunlar (duygu-durum bozuklukları, depresyon ve davranış sorunları, düşük bilişsel yetenek, aktivite ve dikkat bozukluğu semptomları, antisosyal davranışlar, düşük koherans duygusu ve benlik saygısı)
- Cinsel veya fiziksel istismar maruziyeti öyküsü
- Sohbet odalarını, video sohbet sitelerini, sosyal ağ sitelerini kullanmak ve online dergi/blog takip etmek
- Sık internet kullanımı (haftada 5-7 gün) ve ev dışında internet erişimi
- Ev halkının eğitim seviyesinin yüksek olması,
- Cep telefonundan internet erişimi
- İnternette tanışılan kişiyle konuşmak
- Yakın online ilişki kurmak
- Daha önce hiç karşılaşmadığı kişilerin arkadaş listesinde bulunması
- Ailede alkol kötüye kullanımının olması
- Daha önce online ortamlarda tanışılan kişiyle seks yapmış olmak

OCİ açısından risk faktörlerine yönelik olarak literatürde yer alan çalışmalarda bu çalışmaların genel popülasyonda yapıldığı görülmüş olup çocuk ve ergen psikiyatrisi hasta popülasyonunda risk etmenlerine yönelik yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

#### **2.2.4. Tanı ve Klinik Özellikler**

Cinsel istismarın tüm türlerinde olduğu gibi OCİ’de mağdurun, yakınlarının ve olaya şahitlik edenlerin ifadeleriyle ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında adli mercilerce yapılan soruşturmalar kapsamında veya istismarcıların belirlenmesi neticesinde mağdurlar belirlenebilmektedir. OCİ temas içermeyen bir cinsel istismar türü olması ve bu istismar türünde fiziksel belirtilerin olmaması nedeniyle tespiti temas içeren Cİ türlerine göre nispeten daha zor bir durumdur. Ebeveynler klinisyenlere başvurularında; çocuklarının cep telefonu ve bilgisayarla çok fazla vakit geçirdiklerini, telefon ve bilgisayarlarını yalnız kalacakları bir ortamda kullanmayı tercih ettiklerini ve online platformlarda yaptıkları eylemleri kendilerinden gizleme eğiliminde olduklarını ifade edebilirler. Klinisyenler bu tür sorunlarla başvuran ailelerde OCİ açısından şüphe duymalı ve olguyu bu çerçevede de değerlendirmelidirler. Özellikle çocuğun ve ebeveynlerinin internet kullanım nitelikleri, kullanım alışkanlıkları, kullanmakta oldukları online sosyal platformlar, internette karşılaşılabilecek olan riskler konusundaki bilgileri ve bilinç düzeyleri mutlaka değerlendirilmelidir. Ayrıca yapılan değerlendirmede çocuğun internet kullanımı ayrıntılı olarak sorgulanmalı, kolay erişebilirlik ve çeşitli güvenlik programlarının kullanılıp kullanılmadığı da öğrenilmelidir. Çocukla kurulacak olan terapotik ilişkide klinisyenlerin günümüzdeki bilişim teknolojileri ve internet tabanlı sosyal platformlar konusundaki farkındalıkları ve bilgi birikimleri etkin rol oynayacaktır. Bu açıdan yeterli birikim ve donanıma sahip olmak, hekim-hasta görüşmenin kalitesini arttırarak OCİ konusunda sağlıklı bir değerlendirmeyi mümkün kılacaktır.

Cİ ana başlığı altında da paylaştığımız üzere, Cİ’ a ait klinik özellikler fiziksel belirtiler dışında OCİ’ da da gözlenebilir. İncelenebildiği kadarıyla literatürde “online sexual solicitation ve internet harassment” kavramları çerçevesinde çeşitli psikiyatrik klinik özellikler tanımlanmış olmasına rağmen bu konudaki çalışmalar kısıtlı ve az sayıdadır. Bu çalışmalardan YISS çalışmaları ve diğer bazı çalışmalar online sexual solicitation ya da internet harassment ile karşılaşan gençlerde eş zamanlı olarak psikososyal güçlüklerin, yüksek ebeveyn-çocuk çatışmasının ve zayıf ilişkinin (185, 187, 188), depresif semptomların (189), agresif davranışların (190), suça meyilin (191),

madde kullanımının (187, 191, 192), okulla ilgili zorlukların (ör, okulu asma, okula silah götürme) gözlemlendiğini belirtmektedir (187).

### **2.2.5. Online Cinsel İstismar Sonrası Oluşabilecek Psikiyatrik Sorunlar**

Online cinsel taciz ve mağduriyet yaşayan gençlerde eş zamanlı olarak depresif semptomlar, davranış sorunları ve madde kötüye kullanım bozuklukları gibi psikososyal güçlüklerin görüldüğünü belirten çalışmaları önceki başlıkta paylaşmıştık. Ancak bu psikolojik sorunların yaşanan mağduriyet öncesinde mi, eş zamanlı mı ya da sonrasında mı ortaya çıktığı net olarak değerlendirilememiştir. Bu nedenle literatürde OCİ sonrası oluşabilecek psikiyatrik sorunlara yönelik doğrudan yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamış olduğunu söyleyebiliriz.

## **2.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

### **2.3.1. Tanım ve Tarihçe**

TSSB, DSM 5'e göre; yaşanan travmatik olaydan 1 ay sonra devam eden yeniden yaşantılama, kaçınma, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık gibi özgül belirtilerin bulunması ve bu durumun kişinin işlevselliğinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olaylar sonucunda benzer belirtilerin bir aydan kısa sürdüğü tablo ise akut stres bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (193).

Bu ruhsal bozukluğun gelişmesinde olmazsa olmaz koşul bir travmatik olayın yaşanmış olmasıdır. TSSB herkes için ağır stres oluşturabilecek, olağan dışı fiziksel ya da ruhsal travmalar neticesinde ortaya çıkmaktadır. DSM 5 TSSB tanı kriterleri oluşturulurken bu fiziksel ve ruhsal travmalara A tanı kriterleri içerisinde yer verilmiştir. Bunlar; gerçek yada göz korkutucu bir biçimde ölümle ya da ağır yaralanmayla karşılaşmak ve cinsel saldırıya uğramış olmak şeklinde sayılabilir. Kişi kendisi bu olayları doğrudan yaşamış olabileceği gibi, bu olayların başkalarının başına gelmesine şahitlik etmiş olabilir ya da bir aile yakınının başına bu olayların geldiğini öğrenmiş olabilir. Ayrıca kişi örseleyici olayların sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalmak zorunda olabilir (örn; insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları). Yapılan çalışmalarda yaşanan travmatik olayın niteliğinin, şiddetinin ve yaşanma biçiminin bu bozukluğun gelişmesinde çok önemli bir role sahip olduğu ayrıca TSSB yaşayan kişilerin sonrasında bu konuda daha yatkın hale gelebileceği belirtilmektedir (194, 195).

TSSB'ye yönelik ilk tanımlamalar ve değerlendirmeler 19. yüzyıl da yaşanan savaşlar neticesinde yapılmaya başlanmıştır. Amerikan iç savaşlarında yaşanan

askerlerde görülen çarpıntı, anksiyete, nefes darlığı ve aşırı uyarılmışlık belirtileri Jacob Da Costa tarafından 1871 yılında “İrritabl Kalp Üzerine” başlığı altında kaleme alınmıştır ve “Savaş Stres Reaksiyonu” şeklinde tanımlanmıştır. Sonrasında ise bu duruma “Asker Kalbi” ya da “Da Costa sendromu” denilmiştir (196). 1914 yılında yaşanan Türk-Bulgar Savaşı sonrasında “Commotio Cerebrospinale” terimi ile savaş stres reaksiyonuna benzer bir tablo Prof. Octave Laurent tarafından tanımlanmıştır. I. Dünya savaşı sonrasında bazı askerlerde gözlenen; şiddetli titreme, sabit bakan gözler, mavi soğuk ekstremiteler, açıklanamayan körlük, felç gibi belirtilerden oluşan tablo “Şarapnel Şoku” (Shell Shock) olarak tanımlanmıştır (197, 198). II. Dünya Savaşı, Hiroşima ve Nagazaki’de atom bombası sonrasında hayatta kalanlarda benzer belirtiler gözlenmiş ve bu tablo “Savaş Nevrozu veya Operasyonel Yorgunluk” (Combat Neurosis or Operational Fatigue) olarak adlandırılmıştır (199). 1900’lü yıllarda Amerikalı psikanalistler bu tanımlamalardan en çok “Savaş Nevrozu” ‘nu kullanmışlardır (200). Bu tanımlamalar neticesinde travma sonrasında yaşanan belirtiler 1952’de “Tahammül Edilemez Stres Reaksiyonları” (Gross Stres Reaction) olarak DSM-I’de yer almıştır. 1968 yılında DSM-II’de ise travmaya karşı gelişen tepkiler erişkin yaşamda uyum bozukluğu olarak tanımlanarak “Geçici Ruhsal Bozukluk” (Transient Situational Disturbance) olarak adlandırılmıştır (201). Yine bir savaş olan Vietnam savaşı sonrası psikolojik etkilerin incelenmesi ile ilgili çalışmalar ve sivil afetler sonrası yapılan çalışmalar (202) neticesinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu terimi DSM III’de ilk kez anksiyete bozuklukları başlığı altında yer almıştır. DSM-IIIIR’de travmatik olayın insanın yaşadığı sıradan olaylardan farklı şiddette olması gerektiği belirtilmiş, ayrıca kaçınma belirtilerinin varlığı vurgulanmıştır. (203). Ayrıca altı ilave belirti tanımlanmış ve tanım geliştirilmiş, DSM-III’te belirtilerin en az 6 ay süreyle devam etmesi koşulu, DSM-III-R’de bir aya indirilmiştir. (204, 205). Zamanla farklı tiplerdeki travmatik olaylara yönelik çalışmaların artması ve kitlesel savaşların sona ermesi ile DSM IV’te travmatik olayın tanımlanmasına ilişkin değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV TSSB tanımlanmasında; yaşamı tehdit eden ağır hastalık, fiziksel olmayan saldırılar, uygun olmayan cinsel deneyimler, çocuklarda ebeveynlerin ölümü gibi stresörlere yer verilmiştir (205). Ayrıca akut, kronik, geç başlangıçlı tipler tanımlanmış olup DSM-IIIIR’deki belirtilere ilave olarak travmatik durumlarda fizyolojik bir aşırı tepki mevcuttur. DSM-IVTR’ye kadar olan bu süreçte TSSB’nin anksiyete bozuklukları içinde tanımlanması tartışılmıştır. Anksiyete belirtileri temel belirtiler olsa da depresif ve disosiyatif belirtilerin de eşlik ediyor olması, strese yanıt

olarak gelişen uyum bozukluklarının varlığı bu tartışmaların nedenlerini oluşturmaktadır. Bu tartışmaların sonucu olarak DSM 5 ile birlikte, TSSB anksiyete bozuklukları grubundan çıkarılmış ve ayrı bir grup olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. DSM 5’de ayrıca travmaya direk maruziyet olmasa bile travmanın öğrenilmesi ile de TSSB gelişebileceği belirtilmiştir. TSSB ICD-10 sınıflamasında ise F43 tanı kodlu ağır stres tepkisi ve uyum bozuklukları altında F43.1 tanı kodu ile travma sonrası stres bozukluğu şeklinde yer almaktadır (206). Şu anda çalışmaları süren ICD-11 sınıflama sisteminde travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların ve özellikle TSSB’nin önemini sürdüreceği ve bazı yeni alt tiplerin geliştirileceği öngörülmektedir (207).

### 2.3.2. Epidemiyoloji

İnsan hayatı boyunca travmatik deneyimler oldukça yaygın olarak görülmektedir (208). Ancak bireylerin sahip oldukları genetik özellik, fiziksel yapı, stresörlerle baş etme mekanizması, psikolojik alt yapı travma sonrasında verilen duygusal ve davranışsal tepkilerde farklılıklar oluşturmaktadır.

TSSB yaygınlık oranlarına yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalar farklı sonuçlar içermektedir. DSM IV’de TSSB yaygınlığının %3-58 aralığında olduğu belirtilmektedir (209). Bu geniş aralığın nedenleri; toplumların travma öncesi ve sonrası ile ilgili farklı değişkenlere sahip olması, travma şiddeti, sosyal destek düzeyi ve bireylerin travmatik olay karşısındaki duyarlılığındaki farklılıklar olarak sayılabilir (210). Ayrıca çalışmalarda örneklem büyüklüğü ve seçimi, değerlendirme yöntemleri, prevalans dönemi ve travma türlerindeki (savaş/savaş-dışı) farklılıklarda nedenler arasında sayılmaktadır (211).

DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak yapılan bir çalışmada A ölçütünü karşılayan bir travma ile karşılaşan kişilerde, TSSB riski %9.2 olarak tespit edilmiştir (212). Vietnam gazileri, cinsel tecavüze uğrayanlar, deprem mağdurları, silahlı saldırıya uğrayan okul çocukları ile yapılan çalışmalarda TSSB sıklığı %14 ile %75 arasında değişmektedir (213). Toplum temelli yapılan çalışmalarda TSSB sıklığı; Çin’de %0.3, Yeni Zelanda’da %6.1, Amerika’da ise %6.8 olarak bildirilmiştir (214, 215). TSSB gelişimi açısından beyaz ırkın, kadınların, yaşlıların ve çocukların daha fazla risk altında olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (216-219). TSSB görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha siktir (220) ve oransal olarak bakıldığında kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (221). Yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi travmalara erkekler daha fazla maruz kalırken,



kadınlarda cinsel travmalar ve çocukluk çağı kötüye kullanımı daha sık görülmektedir (212). Ulusal Eşitlik Çalışması (National Comorbidity Survey) verilerine göre yaşam boyu TSSB yaygınlığı %7.8 olup; erkeklerde en sık savaş ile ilişkili travmalar, kadınlarda ise tecavüz ya da cinsel taciz travmaları saptanmıştır (222). Yine benzer sonuçların yer aldığı, ABD’de 8090 kişilik örneklem üzerinde yapılmış bir araştırmada erkeklerdeki TSSB’nin nedeni olarak en çok savaş, ağır yaralanma ya da ağır yaralanmaya veya ölüme tanıklık etme bildirilirken, kadınlarda ise en çok tecavüz ve cinsel taciz bildirilmiştir (223).

Risk altında bulunan çocuklarla yapılan çalışmalarda TSSB sıklığı % 3 ile % 100 arasında değişmekte olup istismara uğramış ve doğal afet yaşamış çocukların TSSB için yüksek risk altında oldukları ve yetişkinlere göre TSSB sıklığının daha da yüksek olduğu bildirilmiştir (130, 224). Perry ve Azad tarafından yapılan çalışmada travmaya maruz kalan çocukların yaklaşık %30’unda TSSB ortaya çıktığı saptanmıştır (225) Silahlı saldırıya uğrayan ve deprem mağduru çocuklarda yapılan iki çalışmada; TSSB sıklığı sırasıyla %58.4 ve %70.2 olarak bildirilmiştir (226, 227). Genç popülasyonda TSSB’nin yaşam boyu prevalansının değerlendirildiği bir çalışmada prevalans %9,2 olarak tespit edilmiştir (219). Geniş kapsamlı epidemiyolojik bir çalışmada, 16 yaşındaki bireylerde TSSB oranı kızlarda 0.7, erkeklerde ise 0.1 olarak bulunmuştur (228). Kilpatrick ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan bir çalışmada ise 12- 17 yaş arası erkeklerin %3,7’si, kızların ise %6,3’ünün TSSB kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (229).

Travmatik olayların 10 farklı şekilde sınıflandırıldığı bir çalışmada, en yüksek TSSB yaygınlığı %14 ile cinsel saldırıya uğrayan bireylerde bulunmuştur. Bunu %13 ile fiziksel saldırıya uğrayanlar, %12 ile trafik kazası geçirenler izlemiştir (208). Araştırmalar savaşa katılmış veya savaşta yaralanmış kişilerde %17.5-45, işkence görmüş gruplarda %23-54, tecavüz kurbanlarında %25-50, doğal afet yaşayan popülasyonlarda %3-59, mültecilerde %50-55 arasında TSSB saptandığını ortaya koymaktadır (230). Davidson ve arkadaşlarının fiziksel saldırıya uğramış bireylerle yaptıkları çalışmada, TSSB yaygınlığı %3.5 olarak bulunmuştur (210).

Travmalar arasında özellikle savaş travmaları insanların bildiği en şiddetli stresörlerden biridir. Vietnam gazilerinin değerlendirmeye alındığı bir çalışmada gazilerin % 43’ü 10 yıl geçmesine rağmen TSSB belirtileri göstermişlerdir (231). Southwick ve ark. tarafından körfez savaşından dönen Amerikan birliklerinde yapılan bir çalışmada, çalışmaya alınanların % 86.9’unda bir ay içinde en az bir TSSB

semptomu bulunduğu bildirilmiştir. Altı ay içinde bu oran % 90'a çıkmıştır. Körfez savaşı gazileri ile yapılan başka bir çalışmada ise TSSB oranı %12.1 olarak bulunmuştur (232).

Terörist saldırıların psikolojik sonuçlarını inceleyen ilk epidemiyolojik araştırma, Abenheim ve arkadaşları tarafından, 1982 ile 1987 yılları arasında Fransa'da halka açık yerlerde yapılan terör saldırılarından sağ kurtulan 254 kişi ile yapılmıştır. Bu çalışmada TSSB oranı, saldırılar sonucunda fiziksel olarak yaralanmamış kişilerde %10.5, orta şiddette yaralanmış kişilerde %8.3 ve ağır yaralı kişilerde %30.7 olarak bulunmuştur (233). Nairobi'de 1998'de düzenlenen terör saldırı sonrasında 1. ay sonunda bu saldırıya maruz kalan 2883 kişinin %35'inde TSSB geliştiği bildirilmiştir (234). 11 Eylül 2001 New York saldırısının ardından Schlenger ve ark.'nın (235) yaptığı çalışmada New York'ta TSSB oranı %11.2 olarak belirlenmiştir. 2004'te Madrid'te meydana gelen terör saldırısından iki ay sonra yapılan çalışmada, saldırıya maruz kalanlarda TSSB oranı %44.1 olarak belirlenmiştir (236). Terörist saldırılar sonrası ortaya çıkan TSSB ile ilgili ülkemizde de yapılmış çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Eşsizoglu ve ark. , 03 Ocak 2008 yılında Diyarbakır da bir otomobil içerisine konulan patlayıcılarla gerçekleştirilen terörist saldırının sonrasında, bu patlamaya görsel ve işitsel olarak tanıklık etmiş kişilerden %12.5'inde birinci ay sonunda TSSB geliştiğini bildirmişlerdir (237). Diğer bir çalışma ise 15 ve 20 Kasım 2003 tarihlerinde İstanbul'da yaşanan bombalama eylemlerinden iki ay sonra gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre patlamaların olduğu bölgede bulunan bir okuldaki ergenlerdeki TSSB oranı %5.9, patlamalardan sonra karakollara başvuran yetişkinlerde ise TSSB oranı %29.9 olarak belirlenmiştir (238).

2012 Dünya Afet Raporu'na göre 2002-2011 yılları arasında 6,925 afet (doğal afetler, taşıma kazaları, iş kazaları, çeşitli kazalar) yaşanmış ve bu afetlerde 2.684.329.000 insan etkilenmiştir (239). Doğal afetler sonrası TSSB gelişme olasılığı, insan eliyle yol açılan travmalardan daha düşüktür (240). Deprem sonrası TSSB prevalansı çeşitli kültür ve sosyodemografik özelliklere göre farklı olabilmekte ve oran % 3-87 arasında bildirilmektedir (241). 1994 California (ABD) depremi sonrası TSSB yaygınlığı % 6-13 arasındayken, gelişmekte olan ülkelerde oranlar daha da yüksektir (242-244). Çin (1976) ve Hindistan'da farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda TSSB oranları % 10 ile % 24 arasındadır (216, 245). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde; Marmara depreminden sonra İzmit'te yapılan bir çalışmada TSSB oranı %11,7 olarak bildirilmiştir (246). Ceyhan depreminden sonra yapılan çalışmada

depremden bir ay sonraki TSSB oranı %42, bir yıl sonraki TSSB oranı ise %23 olarak bulunmuştur (247). 17 Ağustos 1999 depreminden sonra yapılan izlem çalışmasında; depremden sonraki 1-3 ay arasında %30.2, 6-10 ay arasında %26.9 ve 18-20 ay arasında %10.6 TSSB tespit edilmiştir (248). Bunların yanında yapılan bazı çalışmalar TSSB'nin kurbanların yanında kurtarma ekiplerinde de görüldüğünü saptamıştır. TSSB oranı afet kurbanlarında %30-40, kurtarma ekiplerinde ise %10-20 olarak tespit edilmiştir (235, 240). Başka bir çalışmada ise polis, itfaiye ve acil servis çalışanlarında TSSB oranı %6-32 arasında bildirilmiştir (250).

### **2.3.3. Etiyoloji**

TSSB'nin etyolojisinde temel olarak travma yer almaktadır ancak bu ruhsal sorunun gelişiminde birçok faktörün etkili olduğuda bilinmektedir. Aynı travmatik olaya maruz kalan herkeste TSSB tablosu oluşmamakta ya da oluşan tablonun boyutları farklı olabilmektedir. Bu nedenle travmanın hasta tarafından nasıl yorumlandığı araştırmacılarca giderek artan oranda önemli görülmektedir (251) Travma açısından bireydeki bu öznel yorumlama; etnik, kültürel, psikolojik, biyolojik, ailesel ve sosyal faktörlerden etkilenmekte ve bu faktörler çerçevesinde oluşmaktadır (252). TSSB etyopatogenezinde hem bireysel risk faktörleri hemde biyolojik ve psikolojik faktörler rol almaktadır.

Bireyin TSSB'ye yatkınlığı açısından riski arttıran etkenler; bekar, dul veya boşanmış olma, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, çocukluk çağına ait olumsuz yaşam olayları (cinsel taciz, kaçırılma öyküsü gibi), kadın cinsiyet, yetersiz sosyal destek, kişilik özellikleri (borderline, paranoid, antisosyal ya da bağımlı kişilik), ırk (azınlık statüsünde olanlar daha riskli), daha önce travmatik olaya maruz kalmak ve travma sonrası yaşam stresörleri olarak sayılabilir. Bunların yanında işlevsel olmayan başa çıkma tutumları, kurtulma ile ilgili suçluluk duygusu, aşırı öfke duyma, genetik ve fiziksel yatkınlık, kişinin travmaya verdiği anlam, yakın zamanda yaşanmış stresli yaşam olayları, kişinin kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol veya madde kötüye kullanım öyküsü olması, peritratmatik emosyon veya dissosiyasyon da TSSB açısından yatkınlık oluşturmaktadır (253-255).

Travmaya ait özelliklerden; travmanın şiddeti, hasta için öznel bir anlamının olması, süresinin uzun olması, kişinin travma ile hazırlıksız karşılaşması, katastrofik olması, insanlar tarafından oluşturulması, kişi için ölüm tehlikesi içermesi, kayıp yoğunluğu, kişinin bedensel bütünlüğünün bozulması, kişinin etrafındakilerle birlikte topyekün maruziyeti travmanın etki şiddetini arttırmaktadır (256).

Etyopagenezde rol oynayan biyolojik faktörler; nöroendokrin, nörokimyasal, nöroanatomik ve genetik faktörler olarak sıralanabilir. Ancak Nöroendokrin sistem ve nörotransmitterleri ele alan ve birbirini destekleyen çalışmalara rağmen TSSB'ye özgü bir fizyopatolojik tablo tanımlanmamıştır (257, 258).

**Nöroendokrin Faktörler:** TSSB etyopatogenezinde hipotalamus-hipofiz-adrenal aks (HPA), ve hipotalamus-hipofiz-tiroid aks (HPT) işlevleri üzerinde durulmuştur. Amigdala ve hipokampus gibi limbik sisteme ait yapılar ve prefrontal korteks HPA aktivitesini düzenlenmektedir. Hipokampus HPA aktivitesinin inhibisyonu veya aktivasyonunda negatif geri bildirim mekanizması ile büyük bir rol oynar. Stresör faktör, hipotalamus periventriküler nükleus (PVN) nöronlarından, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve vazopresin (AVP) salınımına neden olur. CRH ve AVP, hipofiz ön lobu kortikotrop hücrelerinden genel dolaşıma adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımına neden olur. Sonrasında ACTH sürrenal kortekse etki ederek glukokortikoidlerin salınımını artırır. Glukokortikoid seviyesi çok yükseldiğinde ise hipotalamus, hipokampus ve hipofizdeki kortikosteroid reseptörler uyarılarak CRH ekspresyonu baskılanır. Bu negatif geribildirim HPA ekseninin aktivitesinin sona ermesini sağlar (259-261). TSSB tanısı konulmuş savaş gazileri ile yapılan bir çalışmada idrar ve kan kortizol seviyeleri düşük saptanmıştır ancak yine TSSB tanısı almış soykırım mağdurları, mülteciler ve istismara uğramış kişilerle yapılan çalışmalarda kortizol seviyeleri açısından tutarsız bulgular ortaya çıkmıştır (262). TSSB hastalarında düşük doz deksametazon supresyon testi ile yapılan bir çalışmada, yine hipokortizolizm tespit edilmiş ve bu durumun nedeni artmış geri besleme inhibisyonuna bağlanmıştır (262). Bu ve benzeri çalışmalar dikkate alındığında travma sonrasında gözlenen düşük kortizol seviyesinin TSSB gelişmesinde belirleyici rol alabileceği öne sürülmektedir (263). HPA'nın TSSB etyopatogenezindeki rolü açısından başka bir görüşe göre ise travma HPA ekseninde bozulmaya yol açmakta ve glukokortikoid konsantrasyonu artmaktadır. Artmış glukokortikoid hipokampusta dendrit atrofisine yol açmakta ve zamanla nöron kaybına neden olmaktadır. Tekrarlayıcı travmatik yaşantılar, stresin sürekliliğini sağlamakta, bu durum ise hipokampal volümde azalmaya neden olmaktadır. TSSB de kortikotropin artmış olup bu durum hipotalamik salınımın arttığını göstermektedir. Yine bu görüşe göre travmatik yaşantıdan aylar sonra yapılmış çalışmalarda kortizol düzeyinin düşük bulunması travmatik yanıtta HPA ekseninin kronik uyumu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan bazı çalışmalar travma sonrası erken dönemde yüksek kortizol düzeyinin ileride TSSB gelişimi ile ilişkili olabileceğini öne

sürmektedir (264). HPT aksına yönelik olarak yapılan bazı çalışmalar da ise travma sonrasında tiroid hormon anormallikleri olduğu saptanmıştır. TSSB tanısı alan Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) hormonları yüksek olarak bulunmuştur (265). II. Dünya Savaşı gazileri ile yapılan başka bir çalışmada ise T3 yüksek, T4 normal olarak tespit edilmiştir (266). Bu ve benzeri çalışmalar değerlendirildiğinde HPT aksının stresle ilgili tablolarda rol alabileceği öne sürülmüştür.

**Nörokimyasal Faktörler:** Katekolamin regülasyonunda anormallikler TSSB patofizyolojisinde rol oynayan nörokimyasal faktörlerdir. Bu faktörler; serotonin, aminoasit, peptit ve opiyat reseptörlerinin regülasyonu ve geri alımındaki anormallikler şeklinde sıralanabilir. TSSB’de nörotransmitter sistemlerde değişiklikler olduğu bildirilmektedir (267). Stres verici bir uyarandan sonra santral ve periferik noradrenalin miktarında fizyolojik bir artış olması beklenmektedir (268). TSSB hastalarında gözlenebilen; hipertansiyon, taşikardi, elektromyografik aktivite artışı ve ter bezi aktivitesindeki artış gibi bulgular NE ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan çalışmalarda da TSSB tanısı almış savaş gazileri, istismara uğramış kadınlar ve çocuklarda artmış idrar NE ve NE metaboliti saptanmıştır (269, 270). TSSB’de sık görülen komorbid psikiyatrik sorunlarda göz önünde bulundurulduğunda dolaylı kanıtlar TSSB deki bazı bulguların fizyopatolojisinde serotonin sisteminin rolü olabileceğini düşündürmektedir (271, 272). TSSB hastalarında gözlenebilen; dürtüsellik, düşmanca tutum, sinirlilik-saldırganlık, depresyon ve intihar davranışları gibi semptomlar serotonin ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca TSSB hastalarında kullanılan selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin terapötik etki göstermesi serotoninin TSSB’de rol almakta olduğunu desteklemektedir (273). Ek olarak bazı çalışmalarda TSSB’de gözlenebilen duygusal küntleşme ve disosiyatif atakların endojen opiyatlarla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (257).

**Nöroanatomik Faktörler:** Yapılan çalışmalarda TSSB hastalarında hipokampus hacminde ve aktivitesinde azalma, amigdala aktivitesinde artma, prefrontal korteks hacminde azalma olduğu tespit edilmiştir. Hipokampus hacmindeki azalmanın strese karşı cevapta bozulmaya, amigdala aktivitesindeki artışın hipervijilans ve aşırı irkilme tepkilerine, prefrontal korteks hacmindeki azalmanın yürütücü işlevlerde bozulmaya neden olduğu ileri sürülmektedir (274-280).

**Psikolojik Faktörler:** TSSB’de psikolojik faktörler, psikodinamik açıdan ve bilişsel-davranışçı açıdan açıklanmaya çalışılmıştır.

Psikodinamik açıklamalara göre travma sonrasında bireyde mevcut olan çözümlenmemiş iç çatışma harekete geçmekte ve psikiatrik sorunlar bu nedenle ortaya çıkmaktadır. Egonun gelecek olayları zihinsel olarak önceden yaşama ve böylece geleceğe hazırlanma yeteneği bulunmaktadır. Böylelikle dışarıdan gelen uyarılar elenmekte ve organize edilmektedir. Beklenmedik olaylar, hazırlanma olanağı bulunmuş olaylardan daha büyük şiddetle yaşanmaktadır. Travmanın çocukluk dönemindeki psikososyal döneme regresyona neden olduğu ve çocukluk dönemindeki nevrozları harekete geçirdiği varsayılmaktadır. Freud'a göre travma bireyin tüm savunma düzeneklerini aşmakta ve ego bu durumla baş etmekte yetersiz kalmaktadır. Disosiyasyon yoluyla bu travmatik yaşantılar bilinç alanından ve yaşantı/duygu bütünlüğünden ayrıştırılıp bilinç altına yerleştirilmektedir. Yaşanılan travmayı ya da travmanın bir yanını anımsatacak yeni bir travma ile tüm anılar repetasyon, kompulsiyon tarzında yeniden yaşanılmaktadır. Yeni travma ile baş edebilmek için geçmişteki çatışma alanı ile yeni travmatik olay bütünleşmiş olmalıdır. Bölünme (splitting), bu bütünleşmeyi yapamayan egonun savunma düzeneği olup bir yandan acıdan uzaklaşmayı sağlamakta, bir yandan da farklı biçim ve yoğunlukta travmanın yeniden yaşantılanmasına neden olmaktadır. Baş edilemeyen çatışmalar neticesinde çekilme/kaçınma davranışları gözlenebilmektedir (281).

Bilişsel ve davranışçı açıdan TSSB; kalsik koşullanma kavramı, Mowrer'in iki aşamalı kuramı ve bilişsel modellerle açıklanmaya çalışılmaktadır. Travma esnasında ağır bir stres ortaya çıkmakta ve bilgi işleme bozulmaktadır. Yaşantılanan olayın çözümlenmesi ve bütünleşmesi gerçekleşmemektedir. Sonuç olarak ise yaşantılanan olay bastırılmamakta ya da dışlanamamakta ve bütünleşmemiş yaşantılar kolaylıkla uyarılabilmektedir. Kaygı ve korku duyguları eşliğinde kaydedilmiş yaşantılarda, duygu-düşünce öğelerinden birini uyaran uyarılar tüm duygu-düşünce öğelerini harekete geçirmektedir. Bu genel uyarılmışlık ve arkasındaki organize olmayan bir biçimde yapılmış olan işlemlerin; TSSB'de gözlenen uyarılmışlık, bellek bozuklukları, impulsivite gibi belirtilerin sebebi olduğu düşünülmektedir (281).

Klasik Koşullanma; Korkutucu olmayan koşullu bir uyarıcının doğal olarak korkutucu bir koşulsuz uyarıcı ile eşleştirilmesi neticesinde korkutucu olmama özelliğini kaybederek korku verici özellik kazanması olarak tanımlanmaktadır. Travma esnasında yaşantılanan olayın içeriğinde yer alan ses, ışık vb. gibi korkutucu özelliği olmayan uyarılar klasik koşullanma neticesinde travma sonrasında oldukça rahatsız edici uyarılar haline dönüşebilmektedir (282, 283).

Mowrer'in İki Aşamalı Kuramı'nda; klasik ve edimsel koşullanma kuramları bir araya getirilmiştir. Burada "İki Aşamalı Öğrenme Kuramı (Double Learning Theory)" öne sürülerek korkular açıklanmaya çalışılmıştır. Bu kurama göre; klasik koşullanma nedeniyle ortaya çıkan korku, kaçınma davranışları ve edimsel koşullanma neticesinde pekişmektedir. Korkunun edinilmesin de ilk aşama klasik koşullanmadır ve Mowrer tarafından "İşaret Öğrenme" olarak adlandırılmıştır. İkinci aşama ise koşullu uyarıcıdan kaçınma davranışının birey tarafından olumlu olarak algılanması ve zamanla kaçınmanın korku ile bütünleşerek korkunun bir parçası haline gelmesidir. Bu ikinci aşamaya ise Mowrer tarafından "Çözüm Öğrenme" adı verilmiştir. Çözüm öğrenme Skinner'in edimsel koşullanma adını verdiği durumdur (284-289).

TSSB'nin bilişsel modelini geliştiren Ehlers ve Clark'a göre kronik TSSB'nin ortaya çıkması; kişilerin travmayı ve travma sonrasında ortaya çıkan sonuçları nasıl değerlendirdiği, yaşanan olayla ilgili bellekteki travmatik anıların nasıl olduğu ve bu travmatik anıların otobiyografik bellekte bulunan diğer anılarla etkileşiminin ne düzeyde olduğuyula ilişkilidir. TSSB semptomları gözlenen bireyler tarafından yaşanan olay "yaşanmış/geçmişte kalmış" olarak nitelendirilemez ve bu travmatik olay "her an tehdit oluşturan bir olay" olarak algılanmaya devam eder. Bu algı ise "Dünya tehlikeli bir yerdir." şeklinde dışsal ya da "Ben başa çıkamıyorum, gelecekte de başaramayacağım." şeklinde içsel olarak tanımlanır (290).

**Genetik Faktörler:** Özkıymdan sağ kalan kişilerde yapılan bir çalışmada ailesinde TSSB öyküsü olan kişilerde ki TSSB prevalansının, ailesinde TSSB öyküsü olmayan kişilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (291). Kamboçya'lı mültecilerle yapılan bir başka çalışmada da yine benzer sonuçlar elde edilmiştir (292). Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalarda TSSB belirtilerindeki farklılıklar ile genetik özellikler arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (293). Ayrıca ailede TSSB varlığının çocuklarda TSSB riskini artırdığı iddia edilmektedir (294). Yapılan bu çalışmalar genetiğin TSSB etyolojisinde rol aldığını ortaya koymaktadır. Ancak hangi genlerin rol aldığını belirlemek için moleküler genetik çalışmalarına ihtiyaç vardır.

#### 2.3.4. Tanı ve Klinik Özellikler

TSSB tanısı DSM III ile sınıflandırma sisteminde yer almaya başlamıştır. DSM 5'e göre TSSB tanısının konulabilmesi için travma sonrasında ortaya çıkabilecek olan dört ana ölçütün karşılanması ve belirtilerin bir aydan uzun sürmesi gerekmektedir. Bu ölçütler; yeniden yaşantılanma, kaçınma davranışları, aşırı uyarılmışlık hali, biliş ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler şeklinde sıralanabilir. Belirtilerin süresine göre

akut (üç aydan kısa) ve kronik (üç aydan uzun) şeklinde alt tipler tanımlanmıştır. Travmatik olay üzerinden en az altı ay geçtikten sonra belirtilerin ortaya çıkması ise “gecikmeli başlangıçlı TSSB” olarak tanımlanmıştır (295). Tam bir fikir birliği olmamakla birlikte DSM kriterlerinin tam karşılanmadığı ancak işlevsellikte bozulmanın söz konusu olduğu tablolar kısmi TSSB olarak tanımlanmaktadır (296). Kompleks TSSB ise komorbid başka bir durum olsun veya olmasın kronik TSSB’dir (297). Çocuk ve ergen TSSB tabloları yetişkin TSSB tablolarına benzemekte fakat küçük çocuklar farklı klinik tablolar sergileyebilmektedirler. Küçük çocuklar daha az kaçınma davranışı sergileyebilirler ve bazı TSSB semptomlarını ifade etmekte güçlük çekebilirler (298). Bu nedenle çocuklarda TSSB tanısını koymada DSM ölçütleri kullanılsa da çocukluk çağına uygun tanı ölçütleri uzun süre tartışma konusu olmuştur. Birçok araştırmacı gelişimsel döneme özgü tanı ölçütlerinin oluşturulması gerektiğini ifade etmiştir (299-302). Scheeringa ve arkadaşları bebekler ve küçük çocuklar için DSM-IV’e alternatif tanı ölçütleri ileri sürmüşlerdir. Bu araştırmacılara göre: Çocuğun travmaya ilişkin bir tema ya da temaları içeren oyunları, “travmanın anımsanması” ya da “kabuslar görülmesi” durumunun bir eşdeğeridir. “Kaçınma / genel tepki gösterme düzeyinde azalma” kriteri, oyunlarda konu alanında daralma, sosyal içe çekilme, duygulanım çeşitliliğinde sınırlılık ya da kazanılmış gelişimsel yetilerin kaybedilmesi durumları ile benzerdir. Küçük çocuklarda “artmış uyarılmışlık” kriterlerinin karşılanması için yalnızca bir belirtinin varlığı yeterlidir. Yine aynı araştırmacılar, bu kolaylaştırmaların yanında bir de ek kategori; “yeni ortaya çıkan korkular ve/veya agresyon” ölçütünü karşılayan en az bir belirtinin varlığını şart koşmaktadırlar (301). DSM 5’te küçük çocukların tanısına yönelik bahsedilen konularda çeşitli düzenlemeler yapılarak bu alandaki kaygılar giderilmeye çalışılmıştır. Terr’e (1991) göre çocukların yaşadığı travmalar tip-I ve tip-II olarak ikiye ayrılmaktadır. Tip-I travmalar araba kazası, silahlı saldırı gibi “tek ve ani vurucu travmalar”dan oluşmaktadır ve klasik DSM-IV belirtileri olan yeniden yasantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık belirtileri ile sonuçlanır. Tip-II travmalar ise süreklilik gösteren çocuk istismarı örneklerinde olduğu gibi değişik, çoklu, uzun süreli travmalardan oluşmaktadır ve yadsıma, duyarsızlaşma, dissosiyasyon ve öfke gibi belirtilerle seyrederek (303). Famularo ve arkadaşları (1996) ise akut ve kronik belirtili kümeleri birbirinden ayırmışlardır. Akut tipte; uyku güçlüğü, fizyolojik aşırı uyarılmışlık ve yeniden yaşantılama belirtileri; kronik tipte ise dissosiyasyon, kısıtlı duygulanım, üzüntü ve çevreden uzaklaşma belirtileri öne çıkmaktadır (304). Cinsel olarak istismara uğramış çocuklarda sıklıkla artmış anksiyete,



depresif semptomlar, uygunsuz cinsel davranışlar, kabuslar, sosyal içe çekilme, uyku zorlukları, öfke, utanç/suçluluk duyguları, okul problemleri, fizyolojik problemler (baş ağrısı ve mide ağrısı gibi) gözlenmektedir (305). Bu semptomların çoğu, TSSB'nin karakteristik özellikleridir. Birçok çalışma, cinsel istismara uğramış çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmının TSSB'nin tanı ölçütlerini karşıladığını göstermektedir (13).

### **DSM 5: TSSB Tanı Kriterleri**

**A.** Aşağıdaki yollardan biriyle (yada birden çoğuyla), gerçek yada göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış yada cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının yada yakın bir arkadaşının başına örseleyici olaylar geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü, ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn; insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları). Not; Böyle bir karşılaşma işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

**B.** Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, Örseleyici olay(lar)a ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istenç dışı gelen, sıkıntı veren anıları. Not; Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay (lar) ın kapsandığı konuşların ya da bu olay(lar)ın bir takım yönlerinin dışa vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.
2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler. Not: Çocuklar içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.
3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn: geçmişe dönüşler). (Bu

tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmamadır.) Not; Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

**C.** Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma yada bunlardan uzak durma çabaları.
2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

**D.** Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir.).
2. Kendisi başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn; “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).
3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn; Korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).
5. Önemli etkinliklere duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma.
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.
7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. Mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

- E.** Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:
1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).
  2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.
  3. Heran tetikte olma.
  4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
  5. Odaklanma güçlükleri.
  6. Uyku bozukluğu (örn. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).
- F.** Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.
- G.** Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H.** Bu bozukluk, bir maddenin (örn; İlaç alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (193).

### **DSM 5: Altı Yaşındaki ve Altı Yaşının Altındaki Çocuklar İçin TSSB Tanı Kriterleri**

- A.** Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklarda, aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde, ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama:
1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
  2. Özellikle birincil bakım verenler olmak üzere, başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme). Not: Doğrudan doğruya görme (tanıklık etme), elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla görmüş olmayı kapsamaz.
  3. Anababasından birinin ya da bakımveren kişinin başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme.
- B.** Örseleyici olay(lar)dan sonar başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istençdışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:
1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anılar. Not: Kendiliğinden ortaya çıkan ve istençdışı gelen anıların sıkıntı

veriyor gibi görünmesi gerekmez ve bunlar, oyunda yeniden canlandırılıyor gibi dışa vurulabilirler.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler. Not: Korkutucu içeriğin örseleyici olayla ilişkisini kurmak olanaklı olmayabilir.
  3. Çocuğun örseleyici olaylar yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmamadır.) Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.
  4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.
  5. Örseleyici olay(lar)ı anımsatıcılara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.
- C. Örseleyici olay(lar)la ilintili uyaranlardan sürekli bir kaçınmayı ya da örseleyici olay(lar)la ilintili bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olduğunu gösteren, olay(lar)dan sonar başlamış ya da kötüleşmiş, aşağıdaki bir (ya da birden çok) belirti bulunmalıdır.

#### Uyaranlardan Sürekli Kaçınma

1. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran etkinlikler, yerler ya da nesnel anımsatıcılardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.
2. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran insanlar, konuşmalar ya da kişilerarası durumlardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

#### Bilişlerde Olumsuz Değişiklikler

3. Olumsuz duygusal durumların sıklığının önemli ölçüde artması (örn. korku, suçluluk, üzüntü, utanç, şaşkınlık).
4. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma, bu durum, oyun oynamada bir kısıtlılık göstermeyi de kapsar.
5. Toplumsal olarak geri çekilme, içine kapanma.
6. Sürekli bir biçimde olumlu duyguları daha az gösterme.

Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkması ile başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa

vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında) (aşırı huysuzluk yapmaları da kapsar).

2. Her an tetikte olma.
3. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.
4. Odaklanma güçlükleri.
5. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma) (193).

### **ICD-10 TSSB Tanı Ölçütleri (Tanı Kodu:F43.1)**

- A.** Hemen herkeste ciddi bir sıkıntıya yol açan, kişiyi tehdit eden yıkıcı nitelikte olağan dışı stresli bir olay ya da duruma karşı (kısa ya da uzun süreli) ortaya çıkan cevap.
- B.** Geri dönüşler (flashback), canlı hatıralar ya da düşler yolu ile travmanın yineleyici bir biçimde hatırlanması, yeniden yaşantılanması ya da travmayı hatırlatan durumlarda yoğun sıkıntı duyma.
- C.** Travmayı hatırlatacak etkinlik ve durumlardan kaçınma
- D.** Birinci ya da ikinci maddeden birinin olması:
  1. Travmanın önemli bir bölümünü ya da tamamını anımsayamama
  2. Aşağıdakilerden en az ikisinin olması ile karakterize aşırı uyarılmışlık ya da tetikte olma hali
    - a. Uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük
    - b. İrritabilite ya da öfke patlamaları
    - c. Konsantrasyon güçlüğü
    - d. Hipervijilans
    - e. Aşırı irkilme tepkisi

A, B, C ve D ölçütleri travmadan sonraki 6 ay içinde ortaya çıkar (206).

DSM ile ICD arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. ICD-10, TSSB tanı ölçütleri içerisinde kişinin belirtiler başlamadan önceki altı aylık süre içerisinde çok ağır bir travmatik olay yaşamasına vurgu yapmıştır. DSM 5'e göre ise TSSB belirtileri, travmadan bir ay sonra ortaya çıkarsa TSSB tanısı konulur. Ayrıca DSM'den farklı olarak duygusal açıdan kişilerle mesafe hissetme, duygusal küntleşme, uyarılardan kaçınma, ICD'de temel vurgular arasında yer almamaktadır (194). ICD-10'da tanı ölçütleri çok daha kolay karşılanabilir; temel ölçüt yineleyici anımsamalar ve yeniden yaşantılanmalardır (306).

TSSB klinik belirtileri genel olarak üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar; tekrar yaşantılama (intrusions), kaçınma-küntleşme (avoidance) ve aşırı uyarılmışlıktır (hyperarousal-hyperalertness).

**Artmış uyarılmışlık:** Stres karşısında ilk yanıt olan uyarılmışlık hali, TSSB’de aşırı uyarılmışlık şeklinde kendini göstermektedir. TSSB hastalarında gözlenen; uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmede güçlük, irritabilite, öfke patlamaları, konsantrasyon güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme ve motor huzursuzluk bu belirti kümesinde yer almaktadır. Bu belirtiler kişileri tedavi arayışına yönlendiren ana nedenler olmaktadır (272).

**Tekrar yaşantılama:** Bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik yanıtlar şeklinde görülür. Bilişsel yanıtlar; sıklıkla travma ile ilgili tekrarlayan imajları, düşünceleri, kabusları ve flashbackleri içerir. Duygusal yanıtlar ise kaygı, öfke ve huzursuzluktur. TSSB’de kişi bu duygulardan olduğu kadar bu duyguları kontrol edemeyeceğinden de kaygı duyabilir. Davranışsal yanıtlardan en dikkat çeken, travma anında yaşanan agresif dürtülerin yeniden yaşantılanması ile çevreye fiziksel saldırganlıkta bulunmaktır. Fizyolojik yanıtlar olarak ise; travmayı hatırlatan olay ve düşüncelerde ortaya çıkan uykusuzluk, baş ağrısı, gastrointestinal yakınmalar ve taşikardi sayılabilir (307).

**Kaçınma ve küntleşme:** Kaçınma; travmatik olaya ilişkin düşüncelerden, duygulardan, konuşmalardan, etkinliklerden, uğraşılardan, yerlerden, insanlardan ve anılardan kaçınmayı içermektedir. Kaçınma tepkileri kişiyi travmatik olayların etkisinden korumaya yöneliktir. Zamanla algı, bellek ve bilgi işlemede bozulmalar olabilmektedir. Bu durum kişide travma ile ilgili amneziye neden olabilir. TSSB sonrası bireyler uyarıcıları ayrıştırıp tanımlamadan bir yanıt vermektedirler. Bu yanıtlar, sadece geçmiş yaşantıların belirlediği doğrultuda oluşmakta ve donup kalmadan saldırmaya kadar değişebilmektedir. İlgi azalması, yabancılaşma hissi, duygulanımda kısıtlılık bu grupta yer alan diğer belirtilerdir. Kişilerde kaçınma davranışlarının, yeniden yaşantılamaya bir tepki olarak geliştiği düşünülmektedir (308). Kaçınma ve küntleşme belirtileri ile baş edebilmek için ergenlerde, saldırgan davranışlar ve madde kötüye kullanımı görülebilmektedir (251).

Ayrıntılı bir klinik değerlendirme; kişiden ve yakınlarından alınmış iyi bir öykünün yanı sıra, psikometrik ve psikofizyolojik ölçümleri içeren iyi bir klinik görüşmeden oluşmaktadır. TSSB tanısı için kullanılan görüşme materyalleri arasında en sık tercih edilenler CAPS (Clinician Administered PTSD Scale) (309), SCID

(Structured Clinical Interview for DSM-IV-R) (310), DIS (Diagnostic Interview Schedule) (311) ve SIP (Structured Interview for PTSD) dir (312).

### **Ayrırcı Tanı ve Komorbidite**

TSSB, sıklıkla diğerk mental bozukluklarla birlikte görülmekte olup yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70 olarak bildirilmektedir (313). TSSB’de ayrırcı tanı ve komorbidite açısından en büyük zorluk, belirtilerin geniş bir yelpazede bulunmasıdır. TSSB anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları ve psikotik bozuklukların bir kesişim kümesi gibi değerlendirilebilir. Bu bozuklukların belirtileri değişik oranlarda ve zamanlarda ön plana çıkabileceğı gibi TSSB belirtileri tipik olarak her zaman ortaya çıkmayadabilir. Eşlik eden anksiyete, fobik belirtiler, panik ve depresyon belirtileri varlığında bu belirtilerin TSSB ile ilişkili olup olmadığını anlamak zorlaşmaktadır. Ayrıca travma sonrasında klasik TSSB belirtileri olmaksızın; uyum bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, depresyon ya da fobilere ait ruhsal belirtiler gözlenebilir. Diğerk ruhsal sorunlara ait bu belirtiler travma neticesinde görülüyor olmasına rağmen klasik sınıflama sisteminde TSSB olarak değerlendirilmez (210). TSSB ayrırcı tanısında dikkat edilmesi gereken başlıca psikiyatrik sorunlar; akut stress bozukluğu, depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, özgül fobiler, uyum bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, kişilik bozuklukları şeklinde sıralanabilir. Bu psikiyatrik sorunlarla TSSB arasındaki farklılıklar aşağıda özetlenmiştir.

**1. Akut Stres Bozukluğu (ASB):** ASB belirtileri travma sonrasındaki bir ay içinde ortaya çıkmakta ve en az iki gün, en fazla dört hafta sürmektedir. TSSB belirtileri ise bir aydan daha uzun sürmektedir.

**2. Depresif Bozukluklar:** Depresif bozukluk genelde TSSB ile en sık karışan ve birlikte olan bozukluktur. Roszell ve arkadaşları (1991) yapmış oldukları çalışmada, TSSB tanısı konulan hastaların yaşamın bir döneminde depresif atak geçirme riskini %69 olarak bildirmişlerdir (314). Keane ve arkadaşları (1990) ise bu riski %68 olarak saptamışlardır (315). Sosyal içe çekilme, yaşamdan zevk almama, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, uyarana verilen tepki eşiğinin düşmesi (irritabilite), disfori ve suçluluk duyguları hem TSSB hem de depresyonun ortak belirtileridir. Bu iki durumun ayrırcı tanısında REM uyku latensi, kortizol ve noradrenalin düzeylerine bakılabilir. Ayrıca ayrıntılı bir öykü alınması da ayrımı kolaylaştırabilir. Bunun yanında TSSB sonrasında depresyon gelişebilir ya da geçirilmiş depresyon TSSB için yatkınlaştırıcı bir faktör olabilir (316).

**3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB):** Yaygın anksiyete bozukluğunda görülen uyku bozuklukları, irritable, konsantrasyon güçlüğü, otonom sinir sistemi etkinliğinde artma ve aşırı irkilme yanıtları TSSB’de de gözlenmektedir. Ancak TSSB’de bir travmanın yeniden yaşantılanması ve travma ile ilgili kaçınma belirtileri varken YAB’da bu belirtiler mevcut değildir.

**4. Panik Bozukluğu:** TSSB ile panik bozukluk sürekli anksiyete hali, artmış uyarılmışlık gibi belirtiler açısından benzerdir (317). Ancak panik bozuklukta panik ataklar beklenmeden bir şekilde kendiliğinden ortaya çıkar ve bir travma ya da travmayı hatırlatan uyaranlardan kaynaklanmaz.

**5. Özgül Fobi:** Özgül fobiler de kaçınma belirtileri ve korkular açısından TSSB ile benzerlikler göstermektedir. Bu iki durumun ayırımında TSSB’nin diğer belirtileri değerlendirilir. Korku ve spesifik uyarandan kaçınma dışındaki diğer belirtiler özgül fobide bulunmamaktadır.

**6. Uyum Bozukluğu:** TSSB ve uyum bozukluğunun ayırıcı tanısında önemli nokta stress etkeninin niteliğidir. TSSB’de stres etkeni, genelde yaşamı tehdit edici nitelikte iken uyum bozukluğunda genellikle olağan kabul edilebilecek niteliktedir. Bir diğer farklılık ise, uyum bozukluğunda travmatik olayı yeniden yaşantılama belirtilerinin olmayışıdır.

**7. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB):** Obsesif-Kompulsif Bozuklukta (OKB) yer alan rahatsız edici anı ve düşünceler ve bunlardan kaçınma çabaları, TSSB’deki istenmeden gelen yineleyici düşünceler ile karışabilir. Ancak OKB’deki bu belirtiler yaşanan travmatik olayla ilgili değildir. Bunun yanında TSSB, OKB ile birlikte olabilmekte ve semptomlar karışabilmektedir.

**8. Kişilik Bozuklukları:** TSSB tanısı koyulan vakaların şizotipal, paranoid, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu belirtilerini göstermeleri de sık karşılaşılan bir durumdur. Şizotipal kişilik bozukluğunda gözlenen sosyal izolasyon, depersonalizasyon, duygulanımda küntluk ve sosyal anksiyete, TSSB’nin de önemli belirtilerindendir. Paranoid kişilik bozukluğunda gözlenen insanlara güvenmeme, kuşkuculuk, alınganlık ve duygulanımda küntluk; sınırda kişilik bozukluğu tanı ölçütleri arasında yer alan dürtüsellik, kişiler arası ilişkilerde dengesizlik, yoğun öfke veya öfke kontrolünde zorluk, duygulanımda dalgalanma, kimlik kargaşası TSSB tanısı koyulan bireylerde de sıklıkla gözlenen belirtilerdir (317).

**9. Diğer:** TSSB tanısı konulurken ayırıcı tanıda göz önüne alınacak diğer psikiyatrik bozuklukları da şöyle sıralayabiliriz; dissosiyatif bozukluklar, şizofreni, psikotik



özellikleri olan duygu durum bozuklukları, madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ve genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklar, delirium ve simülasyon (318, 319). TSSB’de görülen geri dönüşlerin psikotik bozukluklarda, deliryumda, madde kullanımının yol açtığı bozukluklarda görülen illüzyonlardan, halüsinasyonlardan ve diğer algı bozukluklarından ayırt edilmesi gerekmektedir. Psikolojik travmaya fiziksel travmanın eşlik edebileceği, fiziksel travmaya (kafa travması, işkence, kotu beslenme) sekonder organik mental bozuklukların oluşabileceği de unutulmamalıdır. Bellek bozukluğu, konsantrasyon güçlüğü, ilgi azlığı, konvulzif nöbetler ve demansiyel belirtiler organik patolojiyi düşündürmelidir. Ayırıcı tanıda önemli hususlardan birisi de sekonder kazanç amacıyla TSSB belirtilerinin taklit edilmesi veya hafif düzeydeki TSSB belirtilerinin egzajere edilmesidir (320).

Yapılan çalışmalarda TSSB’ye eşlik eden psikiyatrik sorunlarla ilgili farklı sonuçlar ortaya konmuştur. Bu farklı sonuçların nedeni olarak çalışmaların travmanın türü, biçimi, şiddeti ve sosyo-kültürel değişkenler açısından farklılıklar içermesi olarak yorumlanmıştır. TSSB’de yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70 civarındadır. TSSB tanısı konulan gençlerin % 83’ünde en az bir komorbid psikiyatrik bozukluğun bulunduğu bildirilmiştir (321). Kessler ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise komorbid psikiyatrik bozuklukların % 27.9-51.9 oranlarında TSSB’ye eşlik ettiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada; erkekelerde TSSB’ye eşlik eden psikiyatrik sorunlar: %52 alkolizm, %48 majör depresyon, %43 davranım bozukluğu, %35 ilaç kötüye kullanımı, %31 basit fobi, %27 sosyal fobi iken kadınlarda: %49 majör depresyon, %30 alkolizm, %27 ilaç kötüye kullanımı, %29 basit fobi, %28 sosyal fobi, %23 distimi olarak bildirilmiştir. Çalışmada TSSB’nin birincil bozukluk olduğu, diğer bozuklukların TSSB oluşumundan sonra başladığı vurgulanmıştır (222). 1997’de yapılan başka bir çalışmada ise %35,5 majör depresyon, %29 fobik bozukluk, %12.5 OKB, %6.4 panik bozukluk ve %6.4 alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık saptanmıştır (322).

### **Gidiş ve Sonlanım**

TSSB’nun gidiş ve sonlanması travma öncesi, travma sırası ve sonrasındaki birçok etkenle ilişkili olarak değişebilmektedir. Travma sonrasında gözlenen belirtilerin niteliği, klinik seyir üzerinde etkisi olan faktörlerin çeşitliliği ve prognoza yönelik olarak yapılan çalışmaları azlığı hastalığın gidişine yönelik özgün klinik değerlendirmeleri güçleştirmektedir (323).

TSSB'nin travmadan sonra ortaya çıkma süresinde bireyler arasında ciddi farklılıklar olabilir. Bu süre bir ay gibi kısa olabileceği gibi, bazen 30 yıl kadar geçte olabilmektedir (288). Genel olarak TSSB, travma ile karşılaşınca ya da sonraki birkaç yıl içinde başlamakta, bundan sonraki birkaç yılda semptomlar artmakta ve plato çizerek sürmektedir. Bunun yanında mevcut belirtilerin şiddetinde zaman içinde dalgalanmalar görülebilmekte, stresli dönemlerde belirtiler yoğunlaşabilmektedir. Hastaların yaklaşık %30'u tam olarak düzelme gösterirken, %60'ında belirtiler hafif veya orta derecede sürmekte, %10'unda ise değişmeden kalmakta ya da daha da kötüleşmektedir. Tedaviden yararlananlarda, yıllar sonar bile ciddi bir stresörle karşılaşma durumunda, belirtiler sıklıkla yeniden ortaya çıkmaktadır. TSSB tanısı alan kişilerin travmadan 6 ay sonra %74'ünün, 12 ay sonra %60'nın TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmektedir. TSSB tanısı koyulan kişilerde ortalama remisyon süresi 24.9 ay olarak tespit edilmiştir. Ancak 60 ay sonunda bu kişilerin üçte birinin hala TSSB tanı ölçütlerini karşıladığıda yine tespit edilen bulgular arasındadır (321). Başka bir çalışmada TSSB tanısı alıp tedavi olanlarda remisyon süresi 36 ay, tedavi almayanlarda ise remisyon süresi 60 ay olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada TSSB tanısı almış kişilerin üçte birinde ise iyileşme gözlemlenmemiştir (222). Prognoza yönelik olarak yapılan bir başka çalışmada TSSB olgularının %46'sının kronik seyirli olduğu belirtilmiştir (324). 1988 Ermenistan depremi sonrası yapılan bir izlem çalışmasında ise, depremden 3 yıl sonra TSSB belirtilerinin şiddetinde azalma olmadığı bildirilmiştir (325). ABD'de 1972 yılında meydana gelen baraj yıkılmasına bağlı sel baskınında mağdurların önemli bir kısmında felaketten 14 yıl sonra bile başta TSSB olmak üzere bir takım psikiyatrik bozuklukların devam ettiği saptanmıştır (326). Ülkemizde Güneydoğu Anadolu'da görev yapan askerlerde yapılan bir çalışmada TSSB % 5 oranında saptanmıştır. Ayrıca bu olguların % 95'inde travmayı takip eden ilk iki ayda belirtilerin ortaya çıktığı ve tümünün kronikleştiği bildirilmiştir (327). Travma süresi uzadıkça TSSB'nin ortaya çıkma ve kronikleşme riski artmaktadır ve semptomlar ne kadar kronikse prognozda o kadar kötü olmaktadır. Kronik TSSB prognozu, akut TSSB'ye göre daha kötüdür ve sosyal yetersizlik daha ciddi boyuttur. TSSB'nin kronikleşmesinde etkin rol oynayan diğer risk faktörleri; kadın cinsiyet, ailede antisosyal davranış öyküsü, ek bir affektif ya da anksiyete bozukluğu tanısı, ek tıbbi hastalıklar olarak sıralanabilir (321). Belirtilerin hızlı bir şekilde ortaya çıkması, kısa süreli olması (6 aydan kısa), iyi premorbid işlevsellik, güçlü sosyal destek, diğer psikiyatrik, tıbbi ya da madde kullanımına bağlı bozuklukların olmaması ise TSSB

prognozunun iyi yönde olmasında etkili olmaktadır (328). Prognoza yönelik paylaşılan bu veriler ışığında TSSB'nin, daha çok kronik seyirli ve yeti yitimine neden olan bir psikiyatrik sorun olduğu söylenilebilir.

### **2.3.5. Cinsel İstismar ve TSSB Arasındaki İlişki**

Cinsel istismar bir dizi mental hastalıkla ilişkili olsa da klinik olarak bu olgularda gözlenen en yaygın psikiyatrik tanı TSSB'dir (90). Yapılan pek çok araştırmada Cİ mağduru çocuk ve gençlerde TSSB sıklığı %40-50 aralığında tespit edilmiştir (329, 330). Çocukken istismara uğramış yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, yaşam boyu TSSB oranı %46, mevcut TSSB oranı ise %13 olarak bulunmuştur (331). Çocuklarda yapılan bir izlem çalışmasında, TSSB semptom sayısı ve şiddetinin zamanla azaldığı gösterilmesine rağmen, pek çok çocuk travmadan uzun zaman sonra bile anlamlı düzeyde çeşitli semptomlar göstermektedir (332). İstismara uğramış çocukların bazıları aylar sonra TSSB semptomları gösterirken bazıları da çok az veya hiç semptom göstermemektedir. Yapılan bir araştırmada şiddetli istismara maruz kalmış çocukların iki yılın sonunda sadece %32'sinin TSSB kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (304). TSSB'nin gelişme olasılığını ve hastalığın prognozunu etkileyen üç temel faktör bulunmaktadır. Bunlar, kalıtsal hassasiyet, travmanın niteliği ve koruyucu çevresel faktörlerin var olup olmadığıdır. İstismarın şiddeti, süresi, sıklığı, tehlikeye yakınlık ve stres etkeninin kontrol edilemez oluşu TSSB gelişimi için önemli risk faktörleridir (228). Tehdit veya zorlamanın olması da, suçluluk hissi ve mağdur olma algısı oluşturarak TSSB açısından riski arttırmaktadır (333). Wolfe ve ark. tarafından istismarın süresi ve TSSB arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, bir yıldan uzun süren istismarlarda TSSB riski %73, bir yıldan az süren istismarlarda bu oran %37 olarak tespit edilmiştir (334). Kadın cinsiyet, önceki travma öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, ebeveyn psikopatolojisi, sosyal destek yokluğu da yine araştırmacılarca tespit edilen önemli risk etmenleridir (254, 335, 336). Travma sayısı arttıkça TSSB şiddeti ve depresyonun görülme sıklığı artmaktadır (337, 338). İstismara uğramış çocuğun bilişsel işlevselliği de TSSB gelişimi açısından önemli bir faktördür. Duygu işleme süreçlerinde yetersizlik, stres etkenine karşı çaresizlik ve yoğun korku tepkisine yol açabilmektedir (339). Yürütücü işlevlerde yetersizlik ise stres etkenine daha fazla maruz kalmaya neden olabilmektedir (340).

TSSB gelişimi ile ilişkili ailesel etmenler; aile içi şiddet, ailede TSSB öyküsü, düşük sosyal destek, ebeveynler arası çatışma, boşanma, düşük bağlılık, travmaya uygunsuz ebeveyn yaklaşımları, düşük ekonomik seviye olarak sıralanabilir (229, 341, 342).

Diğer ailesel etmenler ise madde bağımlılığı veya depresyon gibi ebeveyn psikopatolojileri, kaçınma ve inkar, aşırı koruyucu ebeveyn tutumlarıdır (254). Ebeveyn-çocuk ilişkisi sonraki TSSB gelişim riski açısından da en önemli belirleyicilerden biridir (343). Ebeveynlerdeki TSSB nin çocukluk çağı TSSB gelişimi için önemli risk faktörü olduğu bildirilmektedir (342, 344). Yapılan bir çalışmada TSSB semptomları; düşük sosyoekonomik statü, aile stresörleri, sözel ve fiziksel şiddet ile pozitif şekilde ilişkili iken anneye erişebilirlik ile negatif şekilde ilişkili bulunmuştur (345). Bakım verenden ayrılma, kayıp ve yer değiştirmenin söz konusu olduğu travmalarda TSSB gelişimi daha olası görünmektedir (346, 347). Cinsel istismarı sonrasında ortaya çıkan depresif bozukluk, panik bozukluk ve dissosiyatif bozukluk belirtileri TSSB gelişiminin habercisi olabilir (348, 349). Ayrıca dışavurum semptomları sergileyen gençler mutlaka TSSB açısından değerlendirilmelidir (350). TSSB'si olan bireylerin dörtte üçünde yaşam boyu bir veya daha fazla komorbid psikiyatrik tanı öyküsü bulunmaktadır. Bu tanılar içinde %37-48 ile depresyon birinci sıradadır (219). O'Donnell ve ark. (351) yaptığı bir çalışmada Cİ'ı takiben depresyon ve TSSB arasındaki örtüşmeyi %80 olarak ifade etmiştir. İstismara uğramış TSSB'li çocuklarda gözlenen diğer komorbid psikiyatrik sorunlar ise; DEHB, KOKGB, davranım bozukluğu, madde bağımlılığı, anksiyete, psikotik bozukluk, intihar düşüncesi ve uyum bozukluğu şeklindedir (84, 352). Şimdi veya yaşam boyu depresyon belirtileri bulunan Cİ kurbanlarının yaşam boyu TSSB belirtileri sergileme olasılıklarıda yükselmektedir. Dissosiyasyon, istismara uğramış gençler tarafından bir baş etme stratejisi olarak yaygın kullanılmaktadır. Bu durum ise dikkat süresi ve yoğunluğunda azalma ile birlikte akademik başarıda düşmeye neden olmaktadır (353, 354). Dissosiyasyonun dört bileşeni olan amnezi, içine alma, pasif etkilenme ve derealizasyon/depersonalizasyon TSSB semptomlarıyla karışabilmektedir (355). Dissosiyasyon, istismara uğramış gençlerde suikid teşebbüsü ve self-mutilatif davranışlar açısından riski arttırmaktadır (356). Bunun yanında TSSB'nin belirtileri olan yeniden yaşantılama ve kaçınma semptomları da cinsel istismar ve self-mutilatif davranışlar arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (357).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Örnekleme**

Bu araştırmaya, Haziran 2015 ile Kasım 2016 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine herhangi bir nedenle ve ardışık olarak başvuran 12-16 yaş aralığındaki tüm ergenler dahil edilmiştir. Çalışmanın amacı ve yöntemi ergenlere ve ailelerine ayrıntılı bir biçimde açıklanmış olup, aydınlatılmış onam formu ergenin kendisi ve ailesi tarafından imzalandıktan sonra katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma projesi, Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2016/130 protokol kodu ile onaylanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Deseni**

Araştırmamız polikliniğimize başvuran 12-16 yaş grubu ergenlerde gerçekleştirilmiş olması nedeniyle kesitsel, OCI'a maruziyetin ve sonucunda oluşabilecek olan TSSB'nin sıklığını belirlemesi açısından da epidemiyolojik bir çalışmadır.

#### **3.3. Örnekleme Oluşturan Bireylerin Seçimi**

##### **3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

- İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvurmuş olmak
- 12-16 yaş aralığında olmak
- Ebeveyninin ve kendisinin yazılı onamının olması

##### **3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri**

- Mental retardasyon, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk gibi bireyin yargılamasını bozacak bir ruhsal sorunun bulunması
- Bireyin yargılamasını etkileyecek kronik bedensel bir hastalığın bulunması
- Yapılan psikiyatrik değerlendirme neticesinde psikopatoloji saptanmamış olması
- Çalışmada yer alan formların özensiz ya da eksik doldurulmuş olması

#### **3.4. Bireylerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Gereçler**

##### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, anne-baba mesleği ve eğitim durumu, aile yapısı, ekonomik durum, sürekli tedavi gerektiren hastalık varlığı, soy geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü

gibi bilgileri sorgulayan bir formdur. Toplam 16 sorudan oluşan bu form katılımcının kendisi tarafından doldurulmuştur.

### **3.4.2. İnternet Kullanımı Veri Formu**

Sosyodemografik veri formunda olduğu gibi araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bu form katılımcıların internet kullanım alışkanlıklarını, aile fertlerinin internet kullanım alışkanlıklarını, sosyal medya kullanım özelliklerini, internet kullanımı neticesinde karşılaşılabilecek riskler konusundaki farkındalığı sorgulayan sorular içermektedir. Form First Youth Internet Safety Survey (YISS-1) çalışmasındaki sorular incelenerek hazırlanmış olup 37 sorudan oluşmaktadır (358). Form katılımcının kendisi tarafından doldurulmuştur.

### **3.4.3. Güçler Güçlükler Anketi Öz Bildirim Formu**

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) "Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)" İngiliz psikiyatrist Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (360-362). Ölçekte olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru bulunmaktadır. Bu sorular uygun tanısal ölçütler ve faktör analizi sonuçlarına göre beş alt başlıkta toplanmıştır. Bu başlıklar; Duygusal Sorunlar (SDQ 1), Davranış Sorunları (SDQ 2), Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik (SDQ 3), Akran Sorunları (SDQ 4) ve Sosyal Davranış Sorunları (SDQ 5) şeklindedir. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile "Toplam Güçlük Puanı" da hesaplanabilmektedir. Bu anketin, 4-16 yaşlar için anne-baba ve öğretmen formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu öz bildirim formu şeklinde üç versiyonu bulunmaktadır. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)'nin türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenirlik çalışması Güvenir ve ark. tarafından 2008 yılında yapılmış olup sonrasında birçok çalışmada kullanılmıştır. "GGA Ergen Form"unun güvenirliği (Cronbach's Alfa); "Toplam Güçlük Puanı için 0.73 dür. Alt başlıklar ayrı ayrı incelendiğinde ise Cronbach's Alfa değeri; "Duygusal Sorunlar" için 0.70, "Davranış Sorunları" için 0.50, "Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik" için 0.70, "Akran Sorunları" için 0.22, "Sosyal Davranış" için ise 0.54 olarak hesaplanmıştır (363). Çalışmamızda GGA'nın katılımcının kendisi tarafından doldurulan 25 soruluk "Öz Bildirim Formu" kullanılmış olup formlara ait puanlamalar "www.sdqscore.org" sitesi kullanılarak elde edilmiştir.

### **3.4.4. Online Cinsel İstismar Tespit Formu**

Online cinsel istismara maruziyetin sorgulandığı bu form şu üç sorudan oluşmaktadır: "1. Son bir yıl içinde, hiç herhangi biri siz istemediğiniz halde internette

online olarak sizinle cinsel içerikli konuşmaya çalıştı mı? 2. Son bir yıl içinde, hiç herhangi biri siz cevaplamak istemediğiniz halde internette sizinle ilgili cinsel bilgilere yönelik sorular sordu mu? (Burada kastedilen vücut ölçüleri, vücudunuzun nasıl görüldüğü gibi ya da cinsellikle ilgili davranışlarınıza yönelik sorulardır.) 3. Son bir yıl içinde, hiç herhangi biri sizden yapmak istemediğiniz halde internette cinsel içerikli bir şeyler (fotoğraf yada video görüntüsü, kamera aracılığı ile) yapmanızı istedi mi?” Literatürde yer alan ve online sexual solicitation’a yönelik yapılan araştırmalarda sıkça kullanılmış olan bu sorular, özellikle de YISS-1, YISS-2 ve YISS-3 çalışmalarında online sexual solicitation’un değerlendirilmesinde kullanılmıştır (174). Sorular anlam bütünlüğü bozulmayacak şekilde araştırmacılar tarafından orijinal dili olan İngilizce’den Türkçe’ye çevrilerek “Online Cinsel İstismar Formu” başlığı altında toplanmıştır. Form katılımcının kendisi tarafından doldurulmuştur. Formdaki üç sorudan en az birine “evet” şeklinde cevap veren katılımcıların “Online Cinsel İstismar” a maruz kaldıkları kabul edilmiştir.

### **3.4.5. Çocuklarda Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği**

Çocuklarda Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) DSM III ölçütleri çerçevesinde Pynoos ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olup travmayla karşılaşmanın ardından bireyde ortaya çıkan özgül stres tepkilerini değerlendirmek için kullanılmaktadır (226). Ölçeğin ilk hali nükleer bir kazayı yaşamış çocuklarla, cinsel taciz ve fiziksel istismara uğramış çocuklarda kullanılmıştır. ÇTSS-TÖ, Pynoos ve Nader tarafından 1988 yılında yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçeğin yeniden gözden geçirilmiş formu 20 maddeden oluşmaktadır ve “Hiç” ten “Çoğu Zaman” a değişen beş dereceli Likert tipi puanlama yapılmaktadır. Elde edilen puanlar için belirlenen ölçütler; “12-24” puan arası için “Hafif Düzeyde TSSB”, “25-39” puanlar arası için “Orta Düzeyde TSSB”, “40-59” puanlar arası için “Ağır Düzeyde TSSB”, 60 ve üstü puanlar içinse “Çok Ağır Düzeyde TSSB” şeklindedir. Ayrıca 40 ve üstü puanlar, klinik TSSB ile uyumlu olarak kabul edilmektedir (227). Ölçeğin ölçüt geçerliliği DSM III-R ölçütlerine uyularak konulan klinik tanı ile ölçekten elde edilen bulgular arasında 0.91 bulunmuştur. DSM III-R sınıflandırmalarında TSSB tanısı üç boyutta ele alınır. Birinci boyutta, olayı yeniden yaşama yer almaktadır. Ölçeğin faktör analizi bulgularına göre olayı yeniden yaşama boyutu, olaya ilişkin düşünce ve hatıralar için korku, üzüntü ile dalıcı düşünce, hayaller, rüyalar ve olayın yineleyeceğine ilişkin düşünceler ifade eden maddelerden oluşmuştur. DSM III-R’de yer alan, yok sayma-kaçınma boyutu, ölçekte faktör iki altında toplanan;

yalnızlık duygusu, duygusal küntleşme, etkinliklere karşı ilgi kaybı, hatıralardan ve duygulardan kaçınmaya ilişkin maddelerle yer almıştır. Üçüncü boyutta yer alan aşırı uyarılmışlık ise ölçekte faktör üç altında yer alan uyku bozukluğu, dikkatini yoğunlaştırmada güçlük, fizyolojik reaktivite ve içgüdülerin kontrolünde güçlük maddeleri ile tanımlanmaktadır (227).

ÇTSS-TÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erden ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin yapılan bu çalışmada test-tekrar test güvenilirliği 0.86, Cronbach Alfa katsayısı 0.75, değerlendiriciler arası tutarlılık Cappa 0.887 olarak bulunmuştur (359). Çalışmamızda kullandığımız bu 20 maddelik form katılımcının kendisi tarafından doldurulmuştur.

### **3.5. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmaya Haziran 2015 ile Kasım 2016 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran 12-16 yaş aralığındaki ergenler katılmıştır. Araştırmanın uygulanması kapsamında polikliniklerimize herhangi bir nedenle başvuran bireyler, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hekimlerince değerlendirilmiş ve DSM 5'e dayalı psikiyatrik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların birinci eksen psikiyatrik tanılarına yönelik görüşmeler çalışmayı yürütenler dışında kliniğimizde görev yapan diğer çocuk psikiyatristlerince gerçekleştirilmiştir ve klinik tanıları kayıt altına alınmıştır. DSM 5'e göre tanısız değerlendirme süreci henüz tamamlanmayan olgular, tanısız değerlendirmelerinin tamamlanmasından sonra çalışmaya alınmıştır. Yapılan psikiyatrik değerlendirmeyi takiben çalışmanın yürütücüleri tarafından çalışmaya katılması uygun bulunan bireyler gönüllü olmaları ve onam formunun katılımcının kendisi ve ebeveynleri tarafından imzalanmasının ardından çalışmaya dahil edilmişlerdir. Çalışmaya katılan ergenlere ve ailelerine çalışmanın kapsam ve amacı çalışmayı yürütenler tarafından ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Katılımcıya dolduracağı formlarla ilgili ayrıntılı bilgi verildikten sonra bu formları çalışmanın yürütücüleri nezaretinde yalnız dolduracağı sakin bir ortam sağlanmıştır. Sosyodemografik Veri Formu, İnternet Kullanımı Veri Formu, Güçler Güçlükler Anketi Öz Bildirim Formu, Online Cinsel İstismar Tespit Formu'nun tüm katılımcılarca doldurulması istenilmiştir. TSSB formunu ise Online Cinsel İstismar Formu'ndaki üç sorudan en az birine "evet" seçeneğini işaretleyen yani "Online Cinsel İstismar"a maruz kalan katılımcıların "evet" seçeneğini işaretledikleri soruda geçen konu ile ilgili olarak doldurmaları istenilmiştir. Bu formdaki üç soruya da "hayır" seçeneğini işaretleyen katılımcıların "Online Cinsel



İstismar” a maruz kalmadıkları kabul edilmiş olup bu katılımcılar TTSB ölçeğini doldurmamıştır.

### **3.6. İstatistiksel Değerlendirme**

İstatistiksel analiz için SPSS 22,0 (Statistical Program in Social Sciences) paket program kullanıldı. Nicel değişkenlere ilişkin verilerin tanımlanması ortalama ( $\bar{x}$ )  $\pm$  standart sapma (ss) ve Medyan (Minimum- Maksimum) ile, nitel değişkenlere ilişkin verilerin ise sayı, yüzde olarak ifade edildi. Shapiro Wilk normalite testi kullanılarak yapılan normalite analizinde normal dağılım gösteren değişkenlerin analizinde independent sample t testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin analizinde ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nitel değişkenlerin değerlendirilmesinde Pearson ve Fisherin ki- kare testi kullanıldı.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Veriler

#### 4.1.1. Bireysel Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda 113 kız (%59,8) ve 76 erkek (% 40,2) olmak üzere toplam 189 ergen yer almıştır. Katılımcıların genel yaş ortalaması  $14,39 \pm 1,40$  (min:12, max: 16) olup, kızların yaş ortalaması  $14,69 \pm 1,30$  (min:12, max: 16) ve erkeklerin yaş ortalaması  $13,96 \pm 1,43$  (min:12, max: 16) olarak saptanmıştır. Katılımcıların bireysel sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo-1’de yer almaktadır.

Tablo 1: Bireysel Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	n	%	
Cinsiyet	Kız	113	59,8
	Erkek	76	40,2
Yaşadığı Yer	Köy	18	9,5
	İlçe	23	12,2
	Şehir Merkezi	138	73
Öğrenim Gördüğü Sınıf	6. Sınıf	17	9
	7. Sınıf	33	17,5
	8. Sınıf	27	14,3
	9. Sınıf	35	18,5
	10. Sınıf	37	19,6
	11. Sınıf	32	16,9
Kiminle Yaşıyor	Anne ve Baba	150	79,4
	Anne	20	10,6
	Baba	3	1,6
	Büyükanne/Dede	5	2,6
	Sosyal Hizmetler	5	2,6
	Diğer	4	2,1
Bedensel Hastalık Öyküsü	Yok	155	82
	Var ama Belirtmemiş	3	1,6
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	8	4,2
	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	1	0,5
	Gastrointestinal Sistem hastalıkları	2	1,1
	Göğüs Hastalıkları	4	2,1
	Göz Hastalıkları	1	0,5
	Endokrin Sistem Hastalıkları	6	3,2
	Dermatolojik Hastalıklar	1	0,5
	Nefrolojik Hastalıklar	2	1,1
	Nörolojik Hastalıklar	4	2,1

#### 4.1.2. Ailesel Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların %79,9’u (n:151) çekirdek aile yapısına sahip olup, %83,6’sının (n:158) aile bütünlüğü devam etmektedir. Olguların %43,9’u (n:83) orta düzeyde gelir seviyesinde bulunmaktadır. Katılımcıların ailesel sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo-2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Ailesel Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Aile Yapısı	Çekirdek	151	79,9
	Geniş	15	7,9
	Dağılmış	20	10,6
Gelir	Düşük	52	27,5
	Orta	83	43,9
	Yüksek	45	23,8
Anne-Baba Birlikteliği	Birlikte	158	83,6
	Boşanmış	18	9,5
	Evli ancak Ayrı Yaşıyor	6	3,2
	Anne Vefat Etmiş	2	1,1
	Baba Vefat Etmiş	5	2,6
Anne Eğitim	Okuma Yazma Bilmiyor	6	3,2
	İlköğretim Terk Okuma Yazma Biliyor	11	5,8
	İlköğretim Mezunu	48	25,4
	Ortaöğretim Mezunu	26	13,8
	Ortaöğretim Terk	3	1,6
	Lise Mezunu	47	24,9
	Lise Terk	13	6,9
	Ön Lisans Mezunu	10	5,3
	Lisans Mezunu	13	6,9
	Yüksek lisans Mezunu	7	3,7
	Baba Eğitim	Okuma Yazma Bilmiyor	0
İlköğretim Terk Okuma Yazma Biliyor		11	5,8
İlköğretim Mezunu		30	15,9
Ortaöğretim Mezunu		26	13,8
Ortaöğretim Terk		8	4,2
Lise Mezunu		48	25,4
Lise Terk		10	5,3
Ön Lisans Mezunu		12	6,3
Lisans Mezunu		24	12,7
Yüksek lisans Mezunu		16	8,5
Anne Meslek	Çalışıyor	35	18,5
	Çalışmıyor	136	72
	Vefat	2	1,1
Baba Meslek	Çalışıyor	120	63,5
	Çalışmıyor	20	10,6
	Vefat	5	2,6
Anne Psikiyatrik Öykü	Yok	166	87,8
	Var ama Belirtmemiş	8	4,2
	Depresif Bozukluk	6	3,2
	Anksiyete Bozukluğu	2	1,1
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	0,5
	Bipolar Affektif Bozukluk	1	0,5
Baba Psikiyatrik Öykü	Yok	173	91,5
	Var ama Belirtmemiş	6	3,2
	Depresif Bozukluk	0	0
	Anksiyete Bozukluğu	4	2,1
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	0,5
	Bipolar Affektif Bozukluk	1	0,5
	Antisosyal Kişilik Bozukluğu	1	0,5

## 4.2. İnternet Kullanımına İlişkin Veriler

### 4.2.1. İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları ile İlgili Veriler

Katılımcıların %74,6'sı (n:141) evinde en az bir adet bilgisayar bulunduğunu ve %58,7'si (n:111) evinde internet bağlantısının var olduğunu bildirmiştir. Ayrıca katılımcıların %72,5'i (n:137) internet bağlantısının mümkün olduğu bir cep telefonuna sahip olduklarını ifade etmiştir. İnternet erişimine ulaşma olanakları ile ilgili veriler Tablo-3'te yer almaktadır.

Tablo 3: İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları

İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları		n	%
Evdeki Bilgisayar Sayısı	Yok	46	24,3
	Bir Adet	102	54
	Birden Çok	39	20,6
Evde İnternet Bağlantısı Varlığı	Yok	76	40,2
	Var	111	58,7
İnternet Bağlantısı Bulunan Kişisel Bilgisayar Varlığı	Kişisel Bilgisayar Yok	116	61,4
	Kişisel Bilgisayar Var, İnternet Yok	20	10,6
	İnternet bağlantısı olan Kişisel Bilgisayar Var	53	28
İnternet Bağlantısı Bulunan Bilgisayarın Evde Bulunduğu Oda	Salon	24	19,8
	Oturma Odası	17	14
	Kişisel Oda	66	54,5
	Ebeveyn Odası	14	11,6
İnternet Bağlantısı Bulunan Cep Telefonu Varlığı	Yok	52	27,5
	Var	137	72,5
İnternet Erişiminin En Çok Nasıl Sağlandığı	İnternet Kullanmıyor	15	7,9
	Evdeki Kişisel Bilgisayar	23	12,2
	Evdeki Ortak Bilgisayar	28	14,8
	Cep Telefonu	109	57,7
	İnternet Kafe	8	4,2
	Okul/Kütüphane Bilgisayarı	4	2,1

### 4.2.2. Bireysel İnternet Kullanım Özellikleri

Katılımcıların %94,8'i (n: 179) internet kullanmakta olup en sık internet kullanım amacı katılımcıların %45,5'i (n: 86) tarafından arkadaşlarla iletişim kurmak olarak ifade edilmiştir. Ayrıca olguların %65,6'sı (n: 124) e-mail, %64'ü (n: 121) facebook ve %62,9'u (n: 119) whatsapp kullanmaktadır. Katılımcıların bireysel internet kullanım özellikleri ile ilgili veriler Tablo-4'te yer almaktadır.

Tablo 4: Bireysel İnternet Kullanım Özellikleri

İnternet Kullanım Özellikleri		n	%
İnternet Kullanım Sıklığı	Hergün	116	61,4
	Haftada Birkaç Gün	40	21,2
	Ayda Birkaç Gün	23	12,2
	Kullanmıyor	10	5,3
Günlük İnternet Kullanım Süresi	< 1 saat	51	27
	1-2 saat	34	18
	3-6 saat	60	31,7
	7-10 saat	18	9,5
	>10 saat	21	11,1
İnternet Kullanım Amacı (En çok)	Ödev Hazırlamak	28	14,8
	Arkadaşlarla İletişim Kurmak	86	45,5
	Aile Fertleriyle İletişim Kurmak	4	2,1
	Oyun Oynamak	36	19
	Video İzlemek	25	13,2
	Haber Kaynaklarına Ulaşmak	3	1,6
	Alışveriş Yapmak	1	0,5
E-mail Kullanımı	Yok	64	33,9
	Bir Adet	68	36
	Birden Çok	56	29,6
Facebook Hesabı Varlığı	Yok	66	34,9
	Bir Hesap	102	54
	Birden Çok Hesap	21	11,1
Facebook Kullanım Sıklığı	Yok ya da Kullanmıyor	68	36
	Hergün	56	29,6
	Haftada Birkaç Gün	46	24,3
	Ayda Birkaç Gün	19	10,1
Facebook Messenger Kullanımı	Yok	93	49,2
	Hergün	47	24,9
	Haftada Birkaç Gün	35	18,5
	Ayda Birkaç Gün	10	5,3
Tweeter Kullanımı	Yok	148	78,3
	Hergün	9	4,8
	Haftada Birkaç Gün	13	6,9
	Ayda Birkaç Gün	16	8,5
Blog Kullanımı	Yok	161	85,2
	Hergün	12	6,3
	Haftada Birkaç Gün	8	4,2
	Ayda Birkaç Gün	5	2,6
Whatsapp Kullanımı	Yok	65	34,4
	Hergün	83	43,9
	Haftada Birkaç Gün	32	16,9
	Ayda Birkaç Gün	4	2,1

### 4.2.3. Ebeveynlerin İnternet Kullanım Sıklığı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişki

Katılımcıların %64,6'sının (n: 122) annesinin ve %70,8'inin (n: 136) babasının internet kullanmaktadır. Ayrıca katılımcıların %65,1'i (n: 123) internet kullanımlarına yönelik ebeveynlerince konulmuş kurallar bulunduğunu, %56,1'i (n: 106) internet kullanımı nedeniyle ebeveynleriyle sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin internet kullanım sıklığı ve internet kullanımı açısından ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiye ait veriler Tablo-5'te yer almaktadır.

Tablo 5: Ebeveynlerin İnternet Kullanım Sıklığı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişki

Ebeveynlerin İnternet Kullanım Sıklığı, İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişki		n	%
Annenin İnternet Kullanım Sıklığı	Hergün	54	28,6
	Haftada Birkaç Gün	23	12,2
	Ayda Birkaç Gün	45	23,8
	Kullanmıyor	65	34,4
Babanın İnternet Kullanım Sıklığı	Hergün	67	35,4
	Haftada Birkaç Gün	29	15,3
	Ayda Birkaç Gün	38	20,1
	Kullanmıyor	52	27,5
İnternet Kullanımı Açısından Ebeveynlerle Sorun Yaşama	Hayır	81	42,9
	Nadiren	58	30,7
	Sık	30	15,9
	Çok Sık	18	9,5
İnternet Kullanımına Yönelik Ebeveynlerce Konulmuş Kurallar	Yok	63	33,3
	Var, Uymuyor	27	14,3
	Var, Bazen Uyuyor	44	23,3
	Var, Sıklıkla Uyar	32	16,9
	Var, Tamamına Uyar	20	10,6
İnternet Kullanımında Ebeveyn İzni Alma	Yok	112	59,3
	Var	72	38,1

### 4.2.4. Güvenli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler

Katılımcıların %39,2'si (n: 74) internet erişimini sağladıkları bilgisayarda filtreleme programının bulunduğunu belirtmiştir. Olguların %45,5'i (n:86) interneti kısmen güvenli olarak nitelendirmekte olup %22'si (n:28) facebookta tanıştığı kişiyle yüz yüze görüştüğünü ve %63,4'ü (n: 120) internette istemediği halde cinsel içerikli materyallerle karşılaştığını ifade etmektedir. Güvenli internet kullanımına ilişkin veriler Tablo-6'da yer almaktadır.

Tablo 6: Güvenli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler

Güvenli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler		n	%
Filtreleme Programı Kullanımı	Yok	54	28,6
	Var	74	39,2
	Bilmiyor	56	29,6
Güvenli İnternet Kullanımına Yönelik Bilgilerin Kaynağı	Bilgi Sahibi Değil	59	31,2
	Aile	47	24,9
	Öğretmenler	19	10,1
	Arkadaşlar	12	6,3
	Kendi Tecrübeleri	46	24,3
	Evet, Oldukça Yeterli	85	45
Güvenli İnternet Kullanımına Yönelik Bilgilerin Yeterli Görülmesi	Evet, Kısmen Yeterli	37	19,6
	Hayır, Yeterli Değil	31	16,4
	Emin Değil	29	15,3
	Çok Güvenli	18	9,5
İnternet Güvenliği Hakkındaki Düşünce	Kısmen Güvenli	86	45,5
	Güvensiz	46	24,3
	Emin Değil	32	16,9
	Hayır	45	34,4
Anne-Baba Facebook'ta Arkadaşımı	Yalnız Anne	15	11,5
	Yalnız Baba	20	15,3
	Anne-Baba	24	18,3
	Anne ve Baba Facebook Kullanmıyor	27	20,6
	Kabul Etmiyor	76	60,3
	Kabul Ediyor	26	20,6
Facebookta, Tanımadığı Bir kişi Tarafından Gönderilen Arkadaşlık İsteğine Verilen Yanıt	Ailesine Danışıp Karar Veriyor	5	4,0
	Arkadaşlarına Danışıp Karar Veriyor	1	0,8
	Emin Değil	18	14,3
	Yok	58	47,2
	Var	65	52,8
Facebook Arkadaş Listesinde Tanımadığı Kişilerin Varlığı	Kişinin Profilini İnceliyor	70	56
	Kişiyi Mesaj Gönderiyor	7	5,6
	Engelliyor	41	32,8
	Emin Değil	7	5,6
Facebookta Tanışılan Kişiyle Yüz Yüze Görüşme	Hayır	99	78,0
	Evet	28	22,0
Facebookta Tanışılan Kişiyle Telefonda Görüşme	Hayır	102	80,3
	Evet	25	19,7
Facebook Profil Fotoğrafi	Kendi Fotoğrafi	91	72,2
	Başkasının Fotoğrafi	9	7,1
	Kişiyi Ait Fotoğraf Değil	20	15,9
	Fotoğraf Yok	6	4,8
İnternette Cinsel İçerikli Materyalle Karşılaşma	Evet, Sık	21	11,1
	Evet, Bazen	67	35,4
	Evet, Birkaç Kez	32	16,9
	Hayır	57	30,2
	Emin Değil	7	3,7
Cinsel İçerikli E-mail ya da Mesaj Alma	Evet, Sık	6	3,2
	Evet, Bazen	18	9,5
	Evet, Birkaç Kez	20	10,6
	Hayır	135	71,4
	Emin Değil	5	2,6
İlgisiz Görünen Bir Link Yoluyla Cinsel İçerikli Sitelere Bağlanma	Evet, Sık	6	3,2
	Evet, Bazen	34	18
	Evet, Birkaç Kez	34	18
	Hayır	97	51,3
	Emin Değil	13	6,9

### 4.3. Klinik Tanılara İlişkin Veriler

#### 4.3.1. Birincil Klinik Tanılar

Kliniğimizde gerçekleştirilen DSM-5 tabanlı psikiyatrik değerlendirmeler neticesinde katılımcıların %25,9'unda (n: 49) depresif bozukluk, %24,9'unda (n: 47) nörogelişimsel bozukluk birincil psikiyatrik tanı olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların birincil klinik tanılarına ilişkin veriler Tablo-7'de yer almaktadır.

Tablo 7: Birincil Klinik Tanılar

Birincil Klinik Tanı	n	%
Nörogelişimsel Bozukluklar	47	24.9
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	2	1.1
Depresif Bozukluk	49	25.9
Anksiyete Bozuklukları	28	14.8
OKB ve İlişkili Bozukluklar	16	8.5
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	8	4.2
Disosiyasyon Bozukluğu	2	1.1
Konversiyon Bozukluğu	8	4.2
Beslenme ve Yeme Bozuklukları	3	1.6
Dışa Atım Bozuklukları	1	0.5
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozukluğu	12	6.3
Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozukluğu	2	1.1
Ergenlik Dönemi Sorunları	3	1.6
Borderline Kişilik Örüntüleri	8	4.2

#### 4.3.2. İkincil Klinik Tanılar

Katılımcıların %31,8'inde (n: 60) ikincil bir psikiyatrik sorun tespit edilmiş olup en sık gözlenen ikincil psikiyatrik sorun %13,2 (n: 25) ile borderline kişilik örüntüleridir. İkincil klinik tanılarına ilişkin veriler Tablo-8'de yer almaktadır.

Tablo 8: İkincil Klinik Tanılar

İkincil Klinik Tanı	n	%
Nörogelişimsel Bozukluklar	10	5.3
Depresif Bozukluk	2	1.1
Anksiyete Bozuklukları	4	2.1
OKB ve İlişkili Bozukluklar	1	0.5
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	2	1.1
Dışa Atım Bozuklukları	3	1.6
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü denetimi ve Davranım Bozukluğu	7	3.7
Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozukluğu	3	1.6
Ergenlik Dönemi Sorunları	1	0.5
Borderline Kişilik Örüntüleri	25	13.2
Cinsel Kimlik Karmaşası	2	1.1
Yok	129	68.3



#### 4.4. Online Cinsel İstismara Uğrama ile İlişkili Bulgular

Çalışmamızda yer alan bireylerin hiçbirisinin öncelikli geliş şikayeti OCİ değildir ve katılımcılardan hiçbiri yapılan rutin psikiyatrik görüşmede OCİ'a uğradığını ifade etmemiştir. Bununla birlikte OCİ tespit formunda yer alan birinci soruya katılımcıların %16,4 'ü (n: 31), ikinci soruya %13,8'i (n: 26) ve üçüncü soruya %11,6'sı (n: 22) evet şeklinde yanıt vermiştir. OCİ tespit formunda yer alan sorulardan en az birine evet şeklinde cevap veren olgular OCİ mağduru olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak katılımcılardan elde edilen veriler üzerinde yapılan istatistiksel değerlendirmede; katılımcıların %21,1'inin (n: 40) OCİ'a maruz kaldığı tespit edilmiştir.

#### 4.5. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Tablo 9'da OCİ'a uğrayan ve uğramayan olguların sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. OCİ'a maruz kalan bireylerin yaş ortalaması  $15,07 \pm 1,18$  (min:12, max: 16), maruz kalmayan bireylerin yaş ortalaması ise  $14,21 \pm 1,40$  (min:12, max: 16) olarak belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p: 0,000). OCİ'a maruz kalan olguların %72,5'inin (n: 29) kız, %27,5'inin (n: 11) ise erkek olduğu saptanmıştır ancak cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bireysel sosyodemografik verilere yönelik olarak gruplar arasında yapılan karşılaştırmada yalnızca öğrenim düzeyine ilişkin verilerde istatistiksel anlamlılık (p<0,01) saptanmış olup OCİ'a uğrayan bireylerin %78,4'ünün (n: 29) lise öğrencisi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		OCİ – (n=149)	OCİ + (n=40)	x <sup>2</sup>	p
		n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kız	84 (56,4)	29 (72,5)	3,410	0,072
	Erkek	65 (43,6)	11 (27,5)		
Yaşadığı Yer	Kırsal Alan (İlçe ve Köy)	33 (23,7)	8 (20,0)	0,246	0,676
	Şehir Merkezi	106 (76,3)	32 (80,0)		
Öğrenim Düzeyi	Ortaokul	69 (47,9)	8 (21,6)	8,327	<b>0,005</b>
	Lise	75 (52,1)	29 (78,4)		
Kiminle Yaşıyor	Her İki Ebeveyn ile	118 (80,3)	32 (80,0)	0,873	0,832
	Anne ya da Baba ile	17 (11,6)	6 (15,0)		
	Büyükanne-Dede ile	4 (2,7)	1 (2,5)		
	Sosyal Hizmetler veya Diğer	8 (5,4)	1 (2,5)		
Bedensel Hastalık Öyküsü	Yok	125 (85,0)	30 (75,0)	2,232	0,156
	Var	22 (15,0)	10 (25,0)		
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Yok	79 (54,5)	17 (42,5)	1,803	0,212
	Var	66 (45,5)	23 (57,5)		

#### 4.6. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ailesel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların ailesel sosyodemografik verileri karşılaştırılarak yapılan istatistiksel değerlendirmede; aile yapısı, gelir, anne-baba birlikteliği, ebeveynlerin eğitim seviyesi, ebeveynlerin psikiyatrik öyküsü, anne mesleği açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak babasının mesleğiyle ilgili bilgi veren katılımcılardan OCİ'a maruz kalanların %29,6'sının (n: 8) babası çalışmamakta olup bu oran OCİ'a maruz kalmayan grupta %10,6 (12) olarak tespit edilmiştir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların ailesel sosyodemografik verilerinin karşılaştırma sonuçları Tablo-10'da yer almaktadır.

Tablo 10: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ailesel Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		OCİ – (n=149)	OCİ + (n=40)	x <sup>2</sup>	p
		n (%)	n (%)		
Aile Yapısı	Çekirdek	119 (81,5)	32 (80,0)	0,174	0,917
	Geniş	12 (8,2)	3 (7,5)		
	Dağılmış	15 (10,3)	5 (12,5)		
Gelir	Düşük	43 (30,5)	9 (23,1)	1,302	0,522
	Orta	62 (44,0)	21 (53,8)		
	Yüksek	36 (25,5)	9 (23,1)		
Anne-Baba Birlikteliği	Birlikte	125 (87,4)	33 (84,6)	0,209	0,603
	Ayrılmış	18 (12,6)	6 (15,4)		
Anne Eğitim	Ortaokul ve Altı	71 (49,3)	23 (57,5)	0,841	0,337
	Lise ve Üstü	73 (50,7)	17 (42,5)		
Baba Eğitim	Ortaokul ve Altı	58 (40,0)	17 (42,5)	0,081	0,856
	Lise ve Üstü	87 (60,0)	23 (57,5)		
Anne Meslek	Çalışmıyor	108 (81,2)	28 (73,7)	1,026	0,362
	Çalışıyor	25 (18,8)	10 (26,3)		
Baba Meslek	Çalışmıyor	12 (10,6)	8 (29,6)	6,432	<b>0,027</b>
	Çalışıyor	101 (89,4)	19 (70,4)		
Anne Psikiyatrik Öykü	Yok	129 (89,6)	37 (92,5)	0,302	0,767
	Var	15 (10,4)	3 (7,5)		
Baba Psikiyatrik Öykü	Yok	136 (93,2)	37 (92,5)	0,020	1,000
	Var	10 (6,8)	3 (7,5)		

#### 4.7. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların İnternet

##### Erişimine Ulaşma Olanakları ile İlgili Verilerinin Karşılaştırılması

Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların internet erişimine ulaşma olanakları ile ilgili verileri karşılaştırılarak yapılan istatistiksel değerlendirmede yalnızca internet erişiminde kişisel cep telefonu veya kişisel bilgisayar kullanımı açısından anlamlı farklılık ( $p<0,05$ ) tespit edilmiştir. İnternet erişiminde kişisel cep telefonu veya kişisel bilgisayar kullanımı OCİ'a uğrayan grupta %89,5 (34), uğramayan grupta ise %73,1 (98) olarak belirlenmiştir. Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların internet erişimine ulaşma olanakları ile ilgili verilerinin karşılaştırma sonuçları Tablo-11'de yer almaktadır.

Tablo 11: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları ile İlgili Verilerinin Karşılaştırılması

İnternet Erişimine Ulaşma Olanakları		OCİ – (n=149)	OCİ + (n=40)	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)		
Evdeki Bilgisayar Sayısı	Yok	38 (25,9)	8 (20,0)	0,733	0,693
	Bir Adet	78 (53,1)	24 (60,0)		
	Birden Çok	31 (21,1)	8 (20,0)		
Evde İnternet Bağlantısı Varlığı (Bilgisayar)	Yok	61 (41,5)	15 (37,5)	0,208	0,718
	Var	86 (58,5)	25 (62,5)		
İnternet Bağlantısı Bulunan Kişisel Bilgisayar Varlığı	Yok	112 (75,2)	24 (60,0)	3,595	0,074
	Var	37 (24,8)	16 (40,0)		
İnternet Bağlantısı Bulunan Bilgisayarın Evde Bulunduğu Oda	Kişisel Oda	49 (53,3)	17 (58,6)	1,519	0,468
	Diğer Odalar	43 (46,7)	12 (41,4)		
İnternet Bağlantısı Bulunan Cep Telefonu Varlığı	Yok	45 (30,2)	7 (17,5)	2,551	0,162
	Var	104 (69,8)	33 (82,5)		
İnternet Erişimi En Çok Cep Telefonu ile Sağlanıyor	Hayır	54 (40,3)	9 (23,7)	3,521	0,085
	Evet	80 (59,7)	29 (76,3)		
İnternet Erişiminde Kişisel Cep Telefonu veya Bilgisayar Kullanımı	Hayır	36 (26,9)	4 (10,5)	4,428	<b>0,049</b>
	Evet	98 (73,1)	34 (89,5)		

#### 4.8. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel

##### İnternet Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

OCİ'a uğrayanlar ile uğramayanların bireysel internet kullanım özellikleri ile ilgili veriler karşılaştırılarak yapılan istatistiksel değerlendirmede; OCİ'a maruz kalanların internet kullanım sıklığı, günlük internet kullanım süresi, e-mail kullanım oranı, facebook kullanım sıklığı, blog ve whatsapp kullanım oranı, OCİ'a uğramayanlardan anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ayrıca hem OCİ'a maruz kalanlarda hemde kalmayanlarda internetin en çok iletişim kurmak amacıyla kullandığı, ancak oranın OCİ'a maruz kalan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Facebook hesabı varlığı, tweeter ve facebook messenger

kullanımı açısından ise gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). OCİ'a uğrayanlar ile uğramayanların bireysel internet kullanım özellikleri ile ilgili verilerinin karşılaştırma sonuçları Tablo-12'de yer almaktadır.

Tablo 12: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Bireysel İnternet Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

İnternet Kullanım Özellikleri		OCİ – (n=149) n (%)	OCİ + (n=40) n (%)	$\chi^2$	p
İnternet Kullanım Sıklığı	Hemen Hergün	85 (57,0)	31 (77,5)	5,565	<b>0,018</b>
	Haftada Birkaç Gün ya da Daha Az	64 (43,0)	38,6 (22,5)		
İnternet Kullanım Süresi (saat/gün)	<3	73 (50,7)	12 (30,0)	11,536	<b>0,003</b>
	3-6	48 (33,3)	12 (30,0)		
	>6	23 (16,0)	16 (40,0)		
İnternet Kullanım Amacı (En çok)	Ödev Hazırlamak	27 (18,9)	1 (2,5)	12,814	<b>0,005</b>
	İletişim Kurmak	61 (42,7)	29 (72,5)		
	Oyun Oynamak	30 (21,0)	6 (15,0)		
	Diğer (Film, Alış Veriş, Haber)	25 (17,5)	4 (10,0)		
E-mail Kullanımı	Yok	57 (38,5)	7 (17,5)	8,057	<b>0,018</b>
	Bir Adet	53 (35,8)	15 (37,5)		
	Birden Çok	38 (25,7)	18 (45,0)		
Facebook Hesabı Varlığı	Yok	56 (37,6)	10 (25,0)	3,411	0,182
	Bir Hesap	79 (53,0)	23 (57,5)		
	Birden Çok Hesap	14 (9,4)	7 (17,5)		
Facebook Kullanım Sıklığı	Hergün	37 (39,8)	19 (67,9)	6,821	<b>0,010</b>
	Haftada Birkaç Gün ya da Daha Az	56 (60,2)	9 (32,1)		
Facebook Messenger Kullanımı	Yok	73 (50,3)	20 (50,0)	0,001	1,000
	Var	72 (49,7)	20 (50,0)		
Tweeter Kullanımı	Yok	118 (80,8)	30 (75,0)	0,655	0,507
	Var	28 (19,2)	10 (25,0)		
Blog Kullanımı	Yok	131 (89,7)	30 (75,0)	5,852	<b>0,033</b>
	Var	15 (10,3)	10 (25,0)		
Whatsapp Kullanımı	Yok	58 (40,3)	7 (17,5)	7,109	<b>0,009</b>
	Var	86 (59,7)	33 (82,5)		

#### 4.9. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ebeveynlerinin İnternet Kullanımı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişkiye Yönelik Verilerin Karşılaştırılması

Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların ebeveynlerinin internet kullanımına yönelik verileri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). İnternet kullanımı açısından ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkiye yönelik yapılan değerlendirmede internet kullanımı için ebeveynden izin alma konusunda gruplar arasında anlamlı farklılığın ( $p<0,05$ ) bulunduğu

saptanmıştır. OCİ'a maruz kalanların %75'i (n: 30) internet kullanımı öncesinde ebeveyninden izin almazken bu oran OCİ'a maruz kalmayan grupta %56,9 (82) olarak belirlenmiştir. Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların ebeveynlerinin internet kullanımı ve internet kullanımı açısından ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişki ile ilgili verilerin karşılaştırma sonuçları Tablo-13'te yer almaktadır.

Tablo 13: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Ebeveynlerinin İnternet Kullanımı ve İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişkiye Yönelik Verilerin Karşılaştırılması

Ebeveynlerin İnternet Kullanım Sıklığı, İnternet Kullanımı Açısından Ebeveyn ile Çocuk Arasındaki İlişki		OCİ – (n=149) n (%)	OCİ + (n=40) n (%)	x <sup>2</sup>	p
Annenin İnternet Kullanımı	Kullanmıyor	56 (38,1)	9 (22,5)	3,372	0,091
	Kullanıyor	91 (61,9)	31 (77,5)		
Babanın İnternet Kullanımı	Kullanmıyor	38 (26,0)	14 (35,0)	1,255	0,320
	Kullanıyor	108 (74,0)	26 (65,0)		
İnternet Kullanımı Açısından Ebeveynlerle Sorun Yaşama	Hayır	68 (46,3)	13 (32,5)	2,424	0,150
	Evet	79 (53,7)	27 (67,5)		
İnternet Kullanımına Yönelik Ebeveynlerce Konulmuş Kurallar	Yok	47 (32,2)	16 (40,0)	0,855	0,354
	Var	99 (67,8)	24 (60,0)		
İnternet Kullanımında Ebeveyn İzni Alma	Hayır	82 (56,9)	30 (75,0)	4,285	<b>0,045</b>
	Evet	62 (43,1)	10 (25,0)		

#### 4.10. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Güvenli İnternet Kullanımı Açısından Verilerinin Karşılaştırılması

Güvenli internet kullanımı verileri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmada; filtreleme programı kullanımı, güvenli internet kullanımına yönelik bilgilerin yeterli görülmesi, internet güvenliği hakkındaki düşünce, anne ve baba'nın facebook'ta arkadaş listesinde yer alması, tanımadığı kişilerin facebook'ta arkadaş listesinde yer alması, tanımadığı kişilerce gönderilen arkadaşlık isteğine verilen yanıt, tanımadığı kişilerce arkadaşlık isteği gönderdiğinde etkileşim kurma, facebook profil fotoğrafının niteliği ile ilgili istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak güvenli internet kullanımına yönelik bilgilerin kaynağı, facebook ile tanışılan kişiyle sanal ortam dışında görüşme, facebook ile tanışılan kişiyle telefonda görüşme, internette cinsel içerikli materyalle karşılaşma, cinsel içerikli e-mail ya da mesaj alma, ilgisiz görünen bir link yoluyla cinsel içerikli sitelere bağlanma açısından gruplar arasında anlamlı farklılık ( $p<0,05$ ) saptanmıştır. Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların güvenli internet kullanımı ile ilgili verilerinin karşılaştırma sonuçları Tablo-14'te yer almaktadır.

Tablo 14: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Güvenli İnternet Kullanımı Açısından Verilerinin Karşılaştırılması

Güvenli İnternet Kullanımına İlişkin Veriler		OCİ – (n=149)	OCİ + (n=40)	x <sup>2</sup>	p
		n (%)	n (%)		
Filtreleme Programı Kullanımı	Yok	47 (47,0)	7 (25,0)	4,341	0,051
	Var	53 (53,0)	21 (75,0)		
Güvenli İnternet Kullanımına Yönelik Bilgilerin Kaynağı	Bilgisi Yok	51 (35,7)	8 (20,0)	9,820	<b>0,020</b>
	Aile ya da Öğretmen	52 (36,4)	14 (35,0)		
	Arkadaşlar	11 (7,7)	1 (2,5)		
	Kendi Deneyimleri	29 (20,3)	17 (42,5)		
Güvenli İnternet Kullanımına Yönelik Bilgilerin Yeterli Görülmesi	Evet, Oldukça Yeterli	67 (47,2)	18 (45,0)	0,328	0,955
	Evet, Kısmen Yeterli	29 (20,4)	8 (20,0)		
	Hayır, Yeterli Değil	23 (16,2)	8 (20,0)		
	Emin Değil	23 (16,2)	6 (15,0)		
İnternet Güvenliği Hakkındaki Düşünce	Çok Güvenli	15 (10,6)	3 (7,5)	2,724	0,436
	Kısmen Güvenli	65 (45,8)	21 (52,5)		
	Güvensiz	34 (23,9)	12 (30,0)		
	Emin Değil	28 (19,7)	4 (10,0)		
Anne ve Baba'nın Facebook'ta Arkadaş Listesinde Yer Alması	Yalnız Anne	12 (12,0)	3 (9,7)	1,416	0,702
	Yalnız Baba	17 (17,0)	3 (9,7)		
	Anne ve Baba	17 (17,0)	7 (22,6)		
	İkiside Yer Almıyor	54 (54,0)	18 (58,1)		
Tanımadığı Kişiler Facebook'ta Arkadaş Listesinde	Hayır	48 (51,1)	10 (34,5)	2,445	0,139
	Evet	46 (48,9)	19 (65,5)		
Tanımadığı Kişilerce Gönderilen Arkadaşlık İsteğine Verilen Yanıt	Kabul Etmiyor	60 (62,5)	16 (53,3)	2,109	0,348
	Kabul Ediyor	17 (17,7)	9 (30,0)		
	Kararsız	19 (19,8)	5 (16,7)		
Tanımadığı Kişiler Arkadaşlık İsteği Gönderdiğinde Etkileşim	Hayır	33 (35,1)	8 (25,8)	0,921	0,631
	Evet	56 (59,6)	21 (67,7)		
	Kararsız	5 (5,3)	2 (6,5)		
Facebook ile Tanışılan Kişiyile Sanal Ortam Dışında Görüşme	Hayır	81 (84,4)	18 (58,1)	9,438	<b>0,005</b>
	Evet	15 (15,6)	13 (41,9)		
Facebook ile Tanışılan Kişiyile Telefonda Görüşme	Hayır	84 (86,6)	18 (60,0)	10,253	<b>0,003</b>
	Evet	13 (13,4)	12 (40,0)		
Facebook Profil Fotoğrafi	Kendi Fotoğrafi	68 (70,8)	23 (76,7)	0,915	0,633
	Başkasının Fotoğrafi	8 (8,3)	1 (3,3)		
	Diğer ya da Yok	20 (20,8)	6 (20,0)		
İnternette Cinsel İçerikli Materyalle Karşılaşma	Hayır	53 (38,7)	4 (10,0)	11,669	<b>0,000</b>
	Evet	84 (61,3)	36 (90,0)		
Cinsel İçerikli E-mail ya da Mesaj Alma	Hayır	125 (89,9)	10 (25,0)	70,633	<b>0,000</b>
	Evet	14 (10,1)	30 (75,0)		
İlgisiz Görünen Bir Link Yoluyla Cinsel İçerikli Sitelere Bağlanma	Hayır	82 (61,7)	15 (39,5)	5,923	<b>0,017</b>
	Evet	51 (38,3)	23 (60,5)		

#### 4.11. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Klinik Tanılar Açısından Karşılaştırılması

Kliniğimizde gerçekleştirilen DSM-5 tabanlı psikiyatrik değerlendirmeler neticesinde saptanan birincil ve ikincil klinik tanılar birleştirilerek yapılan karşılaştırmada; depresif bozukluk ve borderline kişilik örüntüleri açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık ( $p<0,01$ ) saptanmıştır. OCI'a uğrayanların %47,5'inde (n: 19) depresif bozukluk, %35'inde (n: 14) ise borderline kişilik örüntüleri mevcut olup bu oranlar OCI'a uğramayanlarda sırasıyla %21,5 (n: 32) ve %12,8 (n: 19) şeklindedir. Ayrıca çalışmamızda OCI'a maruz kalanların %5'inin (n:2), maruz kalmayanların ise %5,4'ünün (n:8) TSSB tanısıyla takip edildiği ancak bu bireylerin TSSB tanılarının hiçbirisinin OCI ile ilişkili olmadığı, farklı travmalar sonrası gelişmiş olduğu belirlenmiştir. İkincil tanılar açısından yapılan değerlendirmede ise; OCI'a maruz kalanların %50'sinde (n: 20), kalmayanların ise %26,8'inde (n: 40) ikincil tanı bulunduğu ve bu açıdan gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılığın bulunduğu ( $p<0,01$ ) belirlenmiştir. Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların klinik tanılarını ile ilgili verilerin karşılaştırma sonuçları Tablo-15'te yer almaktadır.

Tablo 15: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların Klinik Tanılar Açısından Karşılaştırılması

Klinik Tanılar		OCI – (n=149) n (%)	OCI + (n=40) n (%)	$\chi^2$	p
Nörogelişimsel Bozukluklar	Yok	103 (69,1)	33 (82,5)	2,795	0,114
	Var	46 (30,9)	7 (17,5)		
DEHB <sup>1</sup>	Yok	106 (71,1)	33 (82,5)	2,091	0,164
	Var	43 (28,9)	7 (17,5)		
Depresif Bozukluklar	Yok	117 (78,5)	21 (52,5)	10,839	<b>0,002</b>
	Var	32 (21,5)	19 (47,5)		
Anksiyete Bozuklukları	Yok	120 (80,5)	37 (92,5)	3,209	0,096
	Var	29 (19,5)	3 (7,5)		
OKB ve İlişkili Bozukluklar	Yok	134 (89,9)	38 (95,0)	0,989	0,553
	Var	15 (10,1)	2 (5,0)		
Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar	Yok	141 (94,6)	38 (95,0)	0,009	1,000
	Var	8 (5,4)	2 (5,0)		
Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozukluğu	Yok	135 (90,6)	35 (87,5)	0,336	0,559
	Var	14 (9,4)	5 (12,5)		
Borderline Kişilik Örüntüleri	Yok	130 (87,2)	26 (65,0)	10,831	<b>0,002</b>
	Var	19 (12,8)	14 (35,0)		
İkincil Tanı	Yok	109 (73,2)	20 (50,0)	7,802	<b>0,007</b>
	Var	40 (26,8)	20 (50,0)		

<sup>1</sup>DEHB nörogelişimsel bozukluklar içinde yer almakta olup, tek başına değerlendirilmek üzere tabloda yer verilmiştir.

#### 4.12. Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların SDQ

##### Puanlarının Karşılaştırılması

Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların SDQ puanları karşılaştırıldığında; SDQ Toplam, SDQ 1, SDQ 2 ve SDQ 4 puanları OCİ'a uğrayan grupta daha yüksek olarak belirlenmiş olup gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ) . Online cinsel istismara uğrayanlar ile uğramayanların SDQ puanları ile ilgili verilerinin karşılaştırma sonuçları Tablo-16'da yer almaktadır.

Tablo 16: Online Cinsel İstismara Uğrayanlar ile Uğramayanların SDQ Puanlarının Karşılaştırılması

Klinik Tanılar	OCİ – (n=149)			OCİ + (n=40)			p
	ort	min	mak	ort	min	mak	
SDQ Toplam	14,88	2	31	18,97	7	32	<b>0,000</b>
SDQ 1 (Duygusal Sorunlar)	3,98	0	10	5,57	0	10	<b>0,001</b>
SDQ 2 (Davranış Sorunları)	2,83	0	8	3,73	0	8	<b>0,021</b>
SDQ 3 (DEHB)	4,93	0	10	5,63	2	10	0,152
SDQ 4 (Akran Sorunları)	3,09	0	8	4,02	0	8	<b>0,009</b>
SDQ 5 (Sosyal Davranış Sorunları)	7,71	2	10	7,73	2	10	0,626

#### 4.13. Online Cinsel İstismara Uğrayanların Travma Sonrası Stres Tepki

##### Ölçeği Sonuçları

OCİ'a maruz kalan bireylerin doldurmuş oldukları travma sonrası stres tepki ölçeğine ait veriler incelendiğinde, bu grupta yer alan bireylerin %55'inin TSSB şiddeti (n:22) ağır ya da çok ağır olarak saptanmıştır. Klinik TSSB ile korele olarak kabul edilen 40 ve üstünde puan alan katılımcıların sonuçları dikkate alınarak yapılan değerlendirmede; OCİ sonrası TSSB gelişme oranı %57,8 (n:22) olarak saptanmıştır. Ayrıca bu olguların hiçbirisi polikliniklerimize OCİ nedeniyle başvurmamış, yapılan psikiyatrik görüşmelerde yaşadıkları OCİ olayını ifade etmemiştir. Uzman hekimlerce gerçekleştirilen DSM 5 eksenli psikiyatrik değerlendirmede yalnızca iki olgu TSSB tanısı almış olup bu olguların TSSB tanısının OCİ ile ilişkili olmadığı, farklı travmalar sonrasında gelişmiş olduğu belirlenmiştir. Online cinsel istismara uğrayanların travma sonrası stres tepki ölçeği sonuçlarına ilişkin veriler Tablo-17'de yer almaktadır.

Tablo 17: Online Cinsel İstismara Uğrayanların Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Sonuçları

TSSB Şiddeti	n	%	ort	Min	mak
TSSB Yok	3	7,5	5	0	9
Hafif Düzey	3	7,5	15	13	17
Orta Düzey	10	25	33,10	25	38
Ağır Düzey	11	27,5	51,45	40	59
Çok Ağır	11	27,5	62,54	60	74



## 5. TARTIŞMA

Katılımcılardan elde edilen veriler ışığında yapılan incelemelerde çalışmamızın amaçları olan; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğimize başvuran 12-16 yaş grubu ergenlerdeki online cinsel istismar (OCİ) sıklığı tespit edilmiş, OCİ'ya yönelik bireysel, ailesel risk faktörleri ve OCİ ile sonuçlanması muhtemel riskli internet kullanım alışkanlıkları ve özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca OCİ'ya maruz kalan bireylerde TSSB görülme sıklığı belirlenmiş, güçler ve güçlükler anketi kullanılarak bu bireylerde duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği-aşırı hareketlilik, akran sorunları ve sosyal davranış problemleri gibi sorunlar değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hasta popülasyonunda OCİ sıklığı %21,1 olarak tespit edilmiştir. Literatürde, OCİ'nin çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hasta popülasyonundaki sıklığına yönelik yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak bu konuda ülkemiz dışında yapılmış toplum tabanlı çalışmalar bulunmaktadır. ABD'de 10-17 yaş aralığındaki çocuklarda OCİ yaygınlığına yönelik yapılan YISS-1 (2000), YISS-2 (2005) ve YISS-3 (2010) çalışmaları bu konuda yapılmış olan en kapsamlı çalışmalardır. Bu çalışmalarda OCİ oranı sırasıyla %19, %13 ve %9 olarak tespit edilmiştir (28). Avrupa birliğinde 2013 yılında gerçekleştirilen çalışmada OCİ oranı gençlerde %13 olarak bildirilmiştir (173). OCİ sıklığına yönelik elde etmiş olduğumuz sonuç literatürde yer alan verilerden yüksektir. Çalışmamızın çocuk psikiyatrisi hasta popülasyonunda gerçekleştirilmiş olduğu göz önünde bulundurulduğunda sonuçlarımızı toplum tabanlı çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırmanın güç olacağı düşüncesindeyiz. Ayrıca internet teknolojilerindeki hızlı gelişim ve paylaşılan literatür verilerinin son beş yılı kapsamıyor olması da güncel olan çalışmamızın sonuçlarıyla literatür verilerini karşılaştırmayı zorlaştıran başka bir faktördür. Cİ'nin büyük oranda gizlenen bir durum olması, ifade edilmesindeki güçlük ya da doğrudan ifade edilmektense farklı psikiyatrik sorunlarla ifade ediliyor olması ve bu psikiyatrik sorunların çözümünde çocuk psikiyatri kliniklerinin rol oynuyor olması, çocuk psikiyatri hasta popülasyonunda OCİ sıklığının daha yüksek gözlenmesinin nedenleri arasında gösterilebilir. Ayrıca Cİ ile ilgili sosyokültürel farklılıkların söz konusu olabileceği ve toplumlar arasında OCİ sıklığının farklılık gösterebileceği de unutulmamalıdır.

Sonuçlar cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise çalışmamızda OCİ sıklığı kızlarda %25,6, erkeklerde %14,4 olarak belirlenmiştir. Ancak bu oranlar üzerinde yapılan istatistiksel değerlendirmede tahmin edilenin aksine kız ve erkek cinsiyet arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda ise kız cinsiyete sahip olmak OCİ açısından risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Avrupa birliğinde 2013 yılında gerçekleştirilen çalışmada OCİ oranı erkeklerde %10 ve kızlarda %17 olarak bildirilmiştir (173). Almanya’da 2008 yılında yapılan çalışmada OCİ erkeklerde %5,6, kızlarda ise %19,1 oranında rapor edilmiştir (171). Danimarka’da ise OCİ oranı erkeklerde %5, kızlarda ise %16 olarak bulunmuştur (172). Çalışmamızda literatürdeki verilerden farklı olarak kız ve erkek cinsiyet arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamış olmasının nedeninin, OCİ grubunu oluşturan bireylerin sayısının az olmasından kaynaklı olabileceği düşüncesindeyiz. Ayrıca örneklemimizin mevcut çalışmalardan farklı olarak çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran olgulardan oluşmuş olmasında bu farklılığı açıklayabilir.

Çalışmamızda yer alan katılımcılar 12-16 yaş aralığındaki ergenlerden oluşmakta olup OCİ’ye maruz kalanların yaş ortalaması 15,0 maruz kalmayanların yaş ortalaması ise 14,2 olarak tespit edilmiştir. Yaş açısından yapılan değerlendirmede gruplar arasında istatistiksel anlamlılık söz konusudur. Çalışmamızda yaş ile ilgili bir gruplandırma yapılmamıştır ancak öğrenim seviyelerine göre ortaokul ve lise şeklinde yapılan gruplandırma yaş grubu olarakta fikir vericidir. OCİ’ye maruz kalan bireylerin %21,6’sı ortaokul, %78,4’ü ise lise de öğrenim görmektedir ve sonuçlar OCİ’ye maruz kalmayanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık söz konusudur. YISS-1, 2 ve 3 çalışmaları yaşlara göre incelendiğinde; 10-12 yaş aralığında OCİ oranları %12, %9 ve %5 şeklinde iken 16-17 yaş aralığında bu oranlar %35, %44 ve %54 olarak saptanmıştır (28). Hem YISS çalışmalarında hem de çalışmamızda yaş ile birlikte OCİ sıklığının arttığı görülmektedir. Bunun yanında çalışmamızda yer alan lise öğrencilerinin yaş aralığıyla (14-16 yaş) benzer olarak, Mitchell ve ark. tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada 14-17 yaş aralığında olmanın OCİ riskini arttırdığı ifade edilmektedir (185). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda OCİ sıklığının yaşla birlikte artıyor olmasında, artan yaşla birlikte internet kullanım sıklığı ve süresindeki artışın etkili olabileceği ve ergenlik döneminde yaşla birlikte artan risk alma davranışlarının bu durumu açıklayabileceği düşüncesindeyiz. Ayrıca çalışmamızda istismarcılara yönelik herhangi bir değerlendirmede bulunulmamış olmasına rağmen

istismarcılara ait çeşitli özelliklerinde yine OCİ sıklığının yaşla birlikte artmasında rol oynayan faktörler arasında yer alabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda bireysel sosyodemografik veriler arasında yer alan; bireyin yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, bedensel ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi verilere yönelik yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca ailesel sosyodemografik veriler olan; aile yapısı, gelir, ebeveynlerin birlikteliği, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba psikiyatrik hastalık öyküsü gibi verilere yönelik yapılan değerlendirmelerde de yine gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ailesel sosyodemografik özelliklerden yalnızca babanın çalışma durumu ile ilgili anlamlı sonuçlar elde edilmiş olup OCİ'a uğrayan olgularda babanın daha yüksek oranda işsiz olduğu gözlenmiştir. Annenin çalışma durumu ile ilgili ise aynı durum söz konusu değildir. Babanın çalışmıyor olmasının gerek ergen tarafından stresör bir faktör olarak algılanabileceği, gerekse ebeveynlerin birbirleri ile olan ilişkilerinde aksaklıklara neden olarak aile dinamiklerini etkileyebileceği bu nedenle de OCİ açısından risk oluşturabileceği düşünülebilir. Ancak çalışmamızın sadece çocuk psikiyatrisine başvuran olguları kapsıyor olması, sonuçlarımızın toplum örnekleme genellenmesini mümkün kılmamaktadır. Sosyodemografik verilerle ilgili sonuçlarımız OCİ'm sosyodemografik özelliklerden bağımsız bir durum olabileceğini, hemen her sosyokültürel ve ekonomik seviyede gözlenebileceğini göstermektedir. Uluslararası literatürde OCİ'a yönelik bu kapsamda değerlendirme yapılabilecek az sayıda çalışmaya rastlanılmış olup bu çalışmalarda psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı, aileden ayrı yaşama gibi bireysel özelliklerin ve ev halkının eğitim seviyesinin yüksek olması, ailede alkol kötüye kullanımının bulunması gibi ailesel özelliklerin OCİ riskini arttırdığı ifade edilmiştir (172, 185). Cİ ile ilgili yapılan çalışmalarda ise çalışmamızdaki sonuçlarla tutarlı olarak, Cİ'm sosyodemografik özelliklerden bağımsız bir durum olduğu ve hemen her sosyokültürel ve ekonomik seviyede gözlenebileceği belirtilmektedir (44, 82, 83, 91). Bunun yanında çocuğun fiziksel ve psikiyatrik sağlık durumu, ailenin sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyi, ebeveynlerin birbirleri ile olan ilişkilerindeki aksaklıklar, ebeveynlerin kendilerine ait fiziksel ve ruhsal sorunlar bazı araştırmacılarca Cİ açısından risk etmeni olarak kabul edilmiştir (73, 82, 83, 86, 87). Literatürde OCİ ve Cİ risk etmeni olarak tespit edilmiş olan çeşitli bireysel ve ailesel sosyodemografik özelliklerin çalışmamızda risk etmeni olarak belirlenememiş olmasının nedeni, çalışmamızda yer alan OCİ

mağduru birey sayısının az olması ya da örneklemimizin çocuk psikiyatrisi hasta popülasyonundan oluşmuş olması ile açıklanabilir.

İnternet erişimine ulaşma olanakları ile ilgili veriler incelendiğinde katılımcıların %91,9'unun internet kullandığı, %75,5'nin evinde bilgisayar bulunduğu, %59,3'ünün evinde internet bağlantısının mevcut olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcıların %72,4'ünün internet erişiminde daha çok cep telefonunu tercih ettiği, %76,7'sinin internet erişimi sağlamak için kişisel cihazlarını (cep telefonu ya da bilgisayar) kullandığı saptanmıştır. ABD verilerine göre 10-17 yaş aralığında internet kullanımı %90'lara ulaşmaktadır ve bu oran çalışmamızdaki internet kullanım oranına (%91,9) oldukça yakındır (163). Bireysel internet kullanım özelliklerine yönelik veriler incelendiğinde ise; OCİ'a uğrayanların uğramayanlara oranla interneti daha sık kullandığı, günlük internet kullanım sürelerinin daha uzun olduğu ve interneti daha yüksek oranda iletişim kurmak amacıyla kullanıldığı tespit edilmiştir. İnternet kullanım sıklığına yönelik elde edilen bu anlamlı sonuçlar uluslararası literatürle uyumludur. Mitchell ve arkadaşlarının 2007 ve 2013 yılında yaptıkları çalışmada, Helweg ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada ve Jonsson ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada sık internet kullanımının OCİ riskini arttırdığı ortaya konulmuştur (172, 185, 186). OCİ uğrayanlar ile uğramayanlar arasında evde bilgisayar varlığı, internet varlığı, internet bağlantısı bulunan kişisel bilgisayar varlığı, internet bağlantısı bulunan bilgisayarın evde bulunduğu oda, internet bağlantısı bulunan cep telefonu varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak gruplar arasında internet erişiminde kişisel cep telefonu ya da bilgisayar kullanımı açısından anlamlı farklılık bulunmakta olup OCİ'a maruz kalanlarda kişisel cihaz (cep telefonu ya da bilgisayar) kullanımı daha siktir. Bu sonuçlar internet erişimine ulaşmada kişisel bilgisayar ya da cep telefonu kullanımının OCİ açısından risk oluşturduğunu göstermektedir. Mitchell ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada cep telefonundan internet erişiminin OCİ riskini arttırdığı belirlenmiştir (185). Çalışmamızda internet erişiminde cep telefonunun bilgisayardan daha sık kullanıldığı saptanmış olup Mitchell ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak cep telefonundan internet erişiminin OCİ riskini arttırmadığı, burada önemli olan durumun cihazın (cep telefonu ya da bilgisayar) kişisel olup olmayışı olduğu ve kişisel cihaz kullanımının riski arttırdığı vurgulanmıştır. Bunun yanında evde bilgisayar ya da internet bulunması OCİ açısından riski arttırmamakta ayrıca tahmin edilenin aksine internet bağlantısı

bulunan bilgisayarın evde hangi odada bulunduğunun da OCİ açısından riski değiştirmedeği görülmektedir.

Sosyal ağ iletişim araçlarının kullanımının OCİ ile ilişkisine yönelik yaptığımız değerlendirmede gruplar arasında facebook, messenger ve tweeter kullanımı açısından farklılık saptanmamıştır. E-mail, blog ve whatsapp kullanımı ise OCİ'ye maruz kalanlarda anlamlı oranda yüksektir. Facebook hesap varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yokken OCİ'ye uğrayan grubun facebook'u daha sık kullandığı saptanmıştır. Sonuçlarımız e-mail, blog, whatsapp kullanmanın ve facebook'u sık (hergün) kullanmanın OCİ riskini arttırdığını göstermektedir. Mitchell ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada e-mail kullanımı, direk mesajlaşma programlarının kullanımı, sohbet odalarının kullanımı, online dergi/blog takip etmenin OCİ riskini arttırdığı ifade edilmekte olup bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (185).

OCİ'ye uğrayanlar ile uğramayanların ebeveynlerinin internet kullanımları değerlendirildiğinde anne ya da babanın internet kullanım alışkanlıklarının OCİ riskini değiştirmedeği görülmektedir. İnternet kullanımı açısından ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişki incelendiğinde ise; her iki grubunda internet kullanımı nedeniyle ebeveynleriyle benzer oranda sorun yaşadığı ve internet kullanımına yönelik ebeveynlerce konulmuş kuralların varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Ancak internet kullanımı öncesi ebeveynlerden izin alma konusunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmakta olup OCİ'ye maruz kalmayanların daha yüksek oranda izin alma davranışı gösterdikleri tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlar neticesinde tahmin edilen aksine ebeveynlerce internet kullanımı açısından kurallar konulması OCİ riskini değiştirmemektedir. Ancak internet kullanımı için ebeveynlerden izin alma davranışında bulunuyor olmak OCİ riskini azaltmaktadır. Ebeveynlerce konulan kurallardansa bireyin izin alma davranışının OCİ riskini azaltıyor olması, izin alma davranışının altında yatan selfkontrolün bu konuda önemli bir rol oynadığını göstermekte ve çocuk ile ebeveyn arasında olumlu bir ilişkinin var olduğu yönünde fikir vermektedir. Cİ ile ilgili yapılan çalışmalarda çocuk ve ebeveyn ilişkilerindeki aksaklıkların Cİ riskini arttırdığı bunun yanında katı ve cezalandırıcı ebeveyn tutumlarının da Cİ riskini azaltmayıp aksine bu riski arttırdığı ortaya konulmuştur (73, 86, 87, 90). Bu nedenle çocuk ve ebeveyn arasındaki olumlu ilişkinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilecek olan izin alma davranışının OCİ riskini düşürüyor olması Cİ ile ilgili literatür bilgisiyle tutarlıdır.

Güvenli internet kullanımına yönelik veriler incelendiğinde, filtreleme programı kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Anlamlı farklılık saptanmamış olmasına rağmen OCİ'a maruz kalanlarda filtreleme programının %75 gibi yüksek bir oranda kullanılıyor olması, filtreleme programlarının OCİ açısından koruyucu bir yönünün olmadığını göstermektedir. Bunun yanında OCİ'a maruz kalmayanlarda bu oranın göreceli olarak düşük olması, filtreleme programı kullanıyor olmanın ebeveynlerde yanlış güvenlik duygusu oluşturmuş olabileceği ve bu durumunda OCİ'ın filtreleme programı kullananlarda daha sık gözlenmesine neden olmuş olabileceği şeklinde yorumlanabilir. OCİ'a maruz kalan bireyler güvenli internet kullanımına yönelik bilgilerinin kaynağı olarak en çok kendi deneyimlerini gösterirken, OCİ'a maruz kalmayanlar bu bilgilerinin kaynağı olarak en çok ailesini ya da öğretmenini göstermektedir. Gruplar arasında bu açıdan anlamlı istatistiksel farklılık söz konusu olup aile ya da öğretmen tarafından güvenli internet kullanımı ile ilgili verilen bilgilerin OCİ riskini azalttığını söyleyebiliriz. İnternet güvenliği ve facebook kullanımına yönelik verilerde ise tahmin edilenin aksine ebeveynlerin, bireyin facebook arkadaş listesinde yer almasının riski değiştirmedeği ve gruplar arasında anlamlı farklılığın olmadığı görülmüştür. OCİ'a maruz kalan bireylerde maruz kalmayanlara göre facebook arkadaş listesinde günlük hayatta tanınmayan kişilerin yer alma oranı daha yüksektir ve yine OCİ grubundaki bireyler tanımadıkları kişilerden arkadaşlık isteği aldıklarında, bu kişilere mesaj göndererek ya da profillerini inceleyerek bu kişilerle daha yüksek oranda etkileşim kurmaktadırlar. Ancak tahmin edilenin aksine gruplar arasında bu anlamda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Mitchell ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; daha önce hiç karşılaşılmayan kişilerin bireyin arkadaş listesinde bulunmasının OCİ riskini arttırdığı belirtilmiştir (185). Çalışmamızda bu konuda anlamlı sonuç elde dilememiş olmasının nedeni olarak OCİ grubunu oluşturan bireylerin sayısının az olması gösterilebilir. Bunun yanında çalışmamızda facebookta tanışılan kişiyle sanal ortam dışında yüz yüze görüşme ya da telefonda görüşmenin OCİ riskini anlamlı oranda arttırdığı belirlenmiştir. Facebook profil fotoğrafının niteliği açısından yapılan değerlendirmede ise fotoğrafın niteliğinin OCİ riskini değiştirmedeği görülmüştür.

Günümüzde halen korunmasız ve denetimsiz bir ortam olarak değerlendirilen internet cinsel içerikli materyallere maruziyet açısından risk oluşturmaktadır (27). Çalışmamızda OCİ'a maruz kalanlar kalmayanlara göre daha yüksek oranda internette

cinsel içerikli materyalle karşılaştığını, cinsel içerikli e-mail ya da mesaj aldığını, ilgisiz görünen bir link yoluyla istemediği halde cinsel içerikli sitelere bağlandığını ifade etmiştir. Gruplar arasında bu açıdan anlamlı farklılık bulunmakta olup internette cinsel içerikli materyalle karşılaşmanın, cinsel içerikli e-mail ya da mesaj almanın, ilgisiz görünen bir link yoluyla cinsel içerikli sitelere bağlanmanın OCİ riskini arttırdığını söyleyebiliriz. Bunun nedeni olarak internette bu tür durumlarla karşılaşmanın cinsel uyarılmışlığa neden olması ve cinsel uyarılmışlığın riskli cinsel davranışlarla sonuçlanarak OCİ'ı ortaya çıkarması gösterilebilir. Çalışmalar Cİ nedeniyle cinsel olarak uyarılmış olan bireylerin riskli cinsel davranışlar sergilediklerini ve bu riskli cinsel davranışlarında tekrarlayan Cİ'lara neden olduğunu ortaya koymaktadır (20). OCİ açısından yapılan çalışmalarda da yine riskli cinsel davranışlarda bulunanların bu davranışlarını online platformlarda da sergileyebilecekleri bu nedenle riskli cinsel davranışlarda bulunmanın OCİ açısından riski arttırdığı ifade edilmektedir (175-177). Baumgartner ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; online platformlarda birisiyle seks hakkında konuşmak ya da cinsel ilişkiye girmek amacıyla online platformlarda arama yapmak, online olarak mahrem kişisel fotoğraflar ve video göndermek OCİ açısından riskli davranışlar olarak belirlenmiştir (181). Mitchell ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da yine internette seks hakkında konuşmanın OCİ riskini arttırdığı belirtilmiştir (185). Bu açıdan cinsel içerikli materyallerle karşılaşmış ergenlerin bu tür konuşmaları daha sık yapabileceğini ve bu nedenle de OCİ'a maruz kalmış olabileceklerini söyleyebiliriz.

Katılımcıların kliniğimizde takip edilme nedenleri olan psikiyatrik tanımlar açısından OCİ'a maruz kalan ve maruz kalmayan bireyler karşılaştırıldığında; "depresif bozukluk" ve "borderline kişilik örüntüleri" nin OCİ'a maruz kalan bireylerde anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. OCİ grubunda depresif bozukluk %47,5, borderline kişilik örüntüleri ise %35 oranında görülmekteyken, OCİ'a maruz kalmayan bireylerde bu oranlar sırasıyla %21,5 ve %12,8 şeklindedir. Ayrıca ikincil psikiyatrik tanı açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. OCİ'a maruz kalan bireylerde ikincil psikiyatrik tanı bulunma oranı %50 iken bu oran OCİ'a maruz kalmayanlarda %26,8'dir. Literatürde toplum örneklemi üzerinde yapılan YISS çalışmaları ve diğer bazı çalışmalar OCİ ya da internet harassment ile karşılaşan gençlerde eş zamanlı olarak psikososyal güçlüklerin (185, 187, 188), depresif semptomların (189), agresif davranışların (190), madde kullanımının (187, 191, 192), okulla ilgili zorlukların (ör, okulu asma, okula silah götürme) gözlemlendiğini

belirtmektedir (187). McLeer ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, Cİ'a uğramış çocukların %62'sine en az bir, %29'una ise iki ve daha fazla psikiyatrik tanı konulduğunu tespit etmişlerdir (13). Gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde Cİ ile ilgili yapılmış çalışmalarda TSSB, akut stres tepkisi, depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve davranım bozuklukları sıklıkla tespit edilen psikiyatrik sorunlar olmuştur. Swanston ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları çalışmada cinsel istismara uğramış çocuklar 5 yıl sonra incelenmiş ve cinsel istismar mağduru çocukların % 43'ünde depresif belirtiler gözlenmiştir (119). Çalışmamızda OCİ grubunda ikincil psikiyatrik tanılar ve depresif bozukluk yüksek oranda gözlenmiş olup bu sonuç literatürle uyumluluk göstermektedir. Literatürde ergenlik döneminde OCİ ile borderline kişilik örüntüleri arasındaki ilişkiden söz eden herhangi bir çalışmaya rastlanılmamış olup bu konuda Cİ ile ilgilide kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Cİ'a uğrayan çocuk ve ergenlerde erişkin dönemde borderline, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluklarının gelişme riskinin arttığı çeşitli araştırmacılar tarafından ortaya koyulmuş olup çalışmalar erişkin yaş grubunda ve travmadan uzun süre sonra gerçekleştirilmiştir (96, 153). 18 yaş altı bireylerde kişilik gelişiminin henüz tamamlanmamış olması ve bu nedenle kişilik bozukluğu tanısı koyulmuyor olması literatürdeki bu kısıtlılığın nedeni olabilir. Ancak zorlu yaşam olayları ve travmaların kişilik bozukluklarına neden olabileceği, kişilik bozukluklarının bazı belirtilerinin 18 yaş öncesinde de gözlenebileceği ve bu örüntü düzeyindeki belirtilerin bireyde psikososyal güçlüklerle neden olabileceği de düşünüldüğünde ciddi bir travma olarak kabul edilen istismar ile borderline kişilik örüntülerinin çalışmamızda da olduğu gibi değerlendirilmesinin önemli olduğu düşüncesindeyiz (96, 153). Psikiyatrik sorunlar açısından fikir verici olan SDQ ölçek sonuçları incelendiğinde; OCİ grubunda SDQ toplam, SDQ-1, SDQ-2 ve SDQ-4 puanları OCİ'a maruz kalmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. SDQ-1 duygusal sorunların, SDQ-2 davranış sorunlarının, SDQ-4 ise akran sorunlarının varlığı konusunda ipucu vermektedir. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda OCİ'a maruz kalan bireylerin duygusal sorunlar, davranış sorunları ve akran ilişkilerinde sorunlar yaşamakta olduklarını söyleyebiliriz. Cinsel istismara uğrayan çocuklardaki duygusal ve davranışsal etkileri tanımlayan çalışmalar incelendiğinde bu çocuklarda; korku reaksiyonu, kızgınlık, düşmanlık, intihar, yeme bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, düşük benlik algısı ve ilişkilerde problemler, suçluluk, suç işleme, uygunsuz cinsel davranışlar görülebildiği belirtilmektedir (15-20). Çalışmamızda OCİ'a maruz kalanlarda anlamlı oranda yüksek olduğu gözlemlenen



depresif bozukluk, borderline kişilik örüntüleri, duygusal sorunlar, davranış sorunları ve akran ilişkilerindeki sorunlar OCİ nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği gibi OCİ öncesinde de var olarak OCİ açısından risk artışına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda bu ruhsal sorunların OCİ öncesinde mi, yoksa sonrasında mı geliştiğine yönelik bir değerlendirmenin yapılmamış olması bu konuda bir sonuca varmamızı güçleştirmektedir. Bu nedenle ifade edilen psikiyatrik sorunların doğrudan OCİ ile ilişkisini saptayabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Cİ ile ilgili yapılan gerek yurt içi gerekse yurt dışı çalışmalarda istismar sonrası ortaya çıkabilecek en sık psikiyatrik sorun TSSB olarak tanımlanmıştır (14, 23, 24). Ancak literatürde OCİ ile TSSB arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Literatürdeki bu eksiklikte göz önünde bulundurulduğunda OCİ'a maruz kalanlarda TSSB açısından değerlendirme yapmak çalışmamızın en önemli amaçlarından birisini oluşturmuştur. Katılımcılar son bir yıl içinde yaşadıkları OCİ olayına spesifik olarak travma sonrası stres tepki ölçeğini cevaplamış olup elde edilen sonuçlar doğrudan yaşanan travmanın etkilerini yansıtmaktadır. OCİ'a maruz kalan bireyler tarafından doldurulan travma sonrası stres tepki ölçeği sonuçları incelendiğinde çarpıcı sonuçlar dikkat çekmektedir. Ölçek puanına göre yapılan değerlendirmede yalnızca üç kişide TSSB saptanmamış olup OCİ'a maruz kalan 40 kişiden 35'inde ise farklı düzeylerde TSSB saptanmıştır. OCİ'a maruz kalanların yaşadıkları bu online cinsel istismar olayı ile ilgili olarak %7,5'inde hafif, %25'inde orta, %27,5'inde ağır ve %27,5'inde çok ağır düzeyde TSSB saptanmıştır. Travma sonrası stres tepki ölçeğini doldurmayan iki kişi değerlendirme dışı bırakıldığında ve klinik TSSB ile korele olarak kabul edilen 40 ve üstünde puan alan katılımcıların sonuçları dikkate alınarak yapılan değerlendirmede; OCİ sonrası TSSB gelişme oranı %57,8 olarak saptanmıştır. Cİ çalışmaları incelendiğinde, Cİ'ye uğramış çocuk ve ergenlerde %44–71 aralığında TSSB bildirildiği görülmektedir (23, 24). Yapılan pek çok araştırmada ise Cİ mağduru çocuk ve gençlerde TSSB sıklığı %40-50 aralığında tespit edilmiştir (329, 330). Çalışmamızdaki TSSB sıklığı Cİ çalışmalarındaki sonuçlarla uyumludur. Ancak örneklemimizin yardım arayışı içinde olan çocuk ve ergen ruh sağlığı hasta popülasyonundan oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların mevcut TSSB semptomlarını olduğundan ağır gösterebilecekleri ve bu durumun TSSB sıklığını arttırmış olabileceği de unutulmamalıdır.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların hiçbirisi kliniğimize OCİ nedeniyle başvurmamıştır ve yüz yüze yapılan psikiyatrik görüşmelerde hiçbir olgu OCİ ile ilişkili

TSSB semptomu tariflememiştir. Ancak çalışmamız OCİ sıklığının çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hasta popülasyonunda %21,1 olduğunu, OCİ'a maruz kalanların %57,8'inde ise TSSB geliştiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar göstermektedir ki OCİ; yüksek oranlarda gözlenen, rutin psikiyatrik değerlendirmelerde mutlaka yer verilmesi gereken ve olguların spontan olarak paylaşmaktan çekindikleri ciddi bir travmadır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen veriler neticesinde sonuç olarak; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hasta popülasyonunun da OCİ sıklığı kızlarda %25,6, erkeklerde %14,4 ve tüm grupta ise %21,1 olarak tespit edilmiştir. Bireysel ve ailesel sosyodemografik özelliklerden yalnızca birkaçının (artan yaş, lisede öğrenim görüyor olmak ve babanın işsiz olması) OCİ riskini arttırdığı tespit edilmiş olup sosyodemografik verilerle ilgili bu sonuçlar OCİ'nin genel anlamda bireysel ve ailesel sosyodemografik özelliklerden bağımsız bir durum olabileceğini, hemen her sosyokültürel seviyede gözlenebileceğini göstermektedir. İnternet kullanımı ile ilgili OCİ risk etmenlerini belirlemeye yönelik olarak yaptığımız değerlendirmede aşındaki durumların OCİ riskini arttırdığı tespit edilmiştir.

- Sık ve uzun süreli internet kullanmak
- İnternet erişiminde kişisel bilgisayar ya da cep telefonu kullanmak
- İnterneti daha çok iletişim kurmak amacıyla kullanmak
- Birden çok e-mail hesabına sahip olmak
- Sık facebook kullanmak
- Blog hesabı kullanmak
- Whatsapp kullanmak
- Facebookta tanışılan kişiyle sanal ortam dışında yüz yüze ya da telefonda görüşmek
- İnternette cinsel içerikli materyale maruz kalmak
- Cinsel içerikli e-mail ya da mesaj almak
- İlgisiz görünen bir link yoluyla cinsel içerikli sitelere bağlanmış olmak

Bu risk faktörlerinin yanı sıra, internet kullanımı için ebeveynden izin alma davranışının ve aile ya da öğretmen tarafından güvenli internet kullanımı açısından bilgilendirilmiş olmanın OCİ riskini azalttığı belirlenmiştir.

Psikiyatrik sorunlar açısından yapılan değerlendirmede; OCİ'a maruz kalan bireylerde ikincil psikiyatrik sorun, depresif bozukluk ve borderline kişilik örüntüleri anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu bireylerde duygusal sorunların, davranış sorunlarının ve akran ilişkilerindeki sorunların sıkça gözlemlendiği saptanmıştır. Ancak bu psikiyatrik sorunların OCİ neticesinde mi gerçekleştiği yoksa OCİ'a zemin mi hazırladığı net olarak değerlendirilememiştir. Bunun yanında Cİ sonrasında en sık

ortaya çıkan psikiyatrik sorun olan TSSB ile ilgili yaptığımız değerlendirmede ise OCİ sonrası TSSB gelişme oranı %57,8 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması, çalışmada ölçeklerin kullanılmış olması ve saptanan psikiyatrik sorunlarla OCİ arasındaki neden-sonuç ilişkisinin net kurulamamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Çalışmamızın çocuk ve ergen psikiyatrisi hasta popülasyonunda gerçekleştirilmiş olması sonuçlarımızın toplum örnekleme genelleştirilmesini mümkün kılmamaktadır. Çalışmamızın çocuk psikiyatrisi hasta popülasyonunda OCİ sıklığını ve risk faktörlerini tespit etmeye yönelik gerçekleştirilen ve OCİ sonrası TSSB görülme sıklığını belirleyen literatürdeki ilk çalışma olması bu çalışmanın en güçlü yanlarını oluşturmaktadır.

Elde edilen sonuçlar neticesinde; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran 12-16 yaş aralığındaki bireylerin OCİ'a sık maruz kaldıkları ve bu bireylerde yüksek oranda TSSB geliştiği, ancak bireylerin yaşamış oldukları bu travmaları spontan olarak paylaşmadıkları anlaşılmaktadır. Bu nedenle çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının, klinik pratikte OCİ'ı sorgulamalarının ve TSSB açısından dikkatli olmalarının önemli ve faydalı sonuçları olacağı kanaatindeyiz. Ayrıca 12-16 yaş aralığında, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hasta popülasyonunda gerçekleştirmiş olduğumuz bu çalışmanın daha geniş yaş aralığında ve toplum örnekleminde gerçekleştirilmesinin toplum sağlığı ve koruyucu ruh sağlığına büyük katkılar sağlayacağı düşüncesindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2003). Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence.
2. Kempe, S., & Steele, D. (1962). Silver, The Battered Child Syndrome, 181J. *AM. MED. A*, 17, 18-20.
3. Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York, Free Press.
4. US Department of Health and Human Services, A. O. C. (2000). Child maltreatment 1998: Reports from the states to the national child abuse and neglect data system. *Washington, DC: US Government Printing Office*, 1-3.
5. U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *Child Maltreatment 2004: Children's Bureau AoC, Youth, and Families*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
6. Peters, S. D., Wyatt, G. E., & Finkelhor, D. (1986). Prevalence. In D. Finkelhor (Ed.), *A sourcebook on child sexual abuse* (pp. 15-59). Beverly Hills, CA: Sage.
7. Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
8. Svedin, C. G., Back, C., & Söderback, S. B. (2002). Family relations, family climate and sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 355-362.
9. 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, 370- 376.
10. Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Albayrak-Kaymak, D., Uysal, O., & Ilter, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 247-255.
11. Şar, V. (1998). Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği*, 823-833.
12. Lanktree, C., Briere, J., & Zaidi, L. (1991). Incidence and impact of sexual abuse in a child outpatient sample: The role of direct inquiry. *Child abuse & neglect*, 15(4), 447-453.

13. McLEER, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychopathology in non—clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326-1333.
14. Soylu, N., Ayaz, M., Gökten, E. S., Alpaslan, A. H., Dönmez, Y. E., Özcan, Ö. Ö., ... & Tufan, A. E. (2016). Gender Differences in Sexually Abused Children and Adolescents: A Multicenter Study in Turkey. *Journal of child sexual abuse*, 25(4), 415-427.
15. Friedrich, W. N., Beilke, R. L., & Urquiza, A. J. (1988). Behavior problems in young sexually abused boys a comparison study. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 21-28.
16. Thakkar, R. R., Gutierrez, P. M., Kuczen, C. L., & McCanne, T. R. (2000). History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1345-1354.
17. Kaplan, M. J., & Klinetob, N. A. (2000). Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(9), 596-601.
18. Heffernan, K., & Cloitre, M. (2000). A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse: etiological and clinical characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(9), 589-595.
19. Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 380-392.
20. Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child abuse & neglect*, 14(1), 19-28.
21. Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863-867.
22. Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 257-265.

23. Kaplan, S. J., (2002). Child and Adolescent Sexual Abuse. "Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook" (Ed.Lewis M) içinde, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 1217- 1222.
24. Glaser, D., Rutter, M., Taylor, E. (2002). Child Sexual Abuse. Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Science, 340-358.
25. Faller, K. C. (2003). *Understanding and assessing child sexual maltreatment*. Sage.
26. Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Wolak, J. (2000). Online Victimization: A Report on the Nation's Youth.
27. Durkin, K. F. (1997). Misuse of the Internet by pedophiles: Implications for law enforcement and probation practice. *Fed. Probation*, 61, 14.
28. Jones, L. M., Mitchell, K. J., & Finkelhor, D. (2012). Trends in youth internet victimization: Findings from three youth internet safety surveys 2000–2010. *Journal of adolescent Health*, 50(2), 179-186.
29. Glaser, D. A. N. Y. A. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 159(6), 769-782.
30. Taneli, S., Albayrak, C., Sivrioğlu, Y. (1999). "Ben Hasta Değilim: Çocuk sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü" (Ed Ekşi A) içinde, İstanbul, 531-541.
31. U.S. Department of Health and Human Services. (2007). Child maltreatment 2005: Administration for Children and Families, Children's Bureau. Washington, DC: Author. <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm05/summary.htm>.
32. National Center on Child Abuse and Neglect. (1981). Child Sexual Abuse: İncest, Assault and Sexual Exploitation (DHHS Publication No. 81–30166). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
33. Kepme, C. H. (1978). Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. *Pediatrics*, 62(3), 382-389.
34. Sgroi, S. M., Blich, L. C., & Porter, F. S. (Ed.). (1982). A conceptual framework for child sexual abuse. Lexington, DC: Heath & Co.
35. Myers, J. E. B. (Ed.). (2002). *The APSAC Handbook On Child Maltreatment*. 2ed. California: Sage Publications.
36. Polat, O. (2007). Çocuk İstismarı, Klinik Adli Tıp, 3. baskı, içinde, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 125-175.

37. 5237 sayılı TCK. (18 Haziran 2014). Erişim tarihi: 10 Aralık 2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>.
38. Sadock, A. V. (1989). Rape spouse abuse and incest. *Comprehension Textbook of Psychiatry/V. By. Kaplan H, Sadock B, Williams and Wilkins, London*, 1101-3.
39. Wilkinson, R. H. (2003). *The complete gods and goddesses of ancient Egypt*(pp. 103-11). London-New York: Thames & Hudson.
40. Ahl, F. (2008). *Two Faces of Oedipus: Sophocles' Oedipus Tyrannus and Seneca's Oedipus*. Cornell University Press.
41. Burkert, W. (1985). *Greek religion* (Vol. 204). Cambridge, MA: Harvard University Press.
42. Polat, O. (2008). Türkiye’de Çocuk İstismarı Kavramının Gelişimi. “2. Uluslar Arası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Sempozyumu” içinde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
43. Runyan, D. K., Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B., ... & Isaeva, O. (2009). The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool—Parent version (ICAST-P). *Child Abuse & Neglect*, 33(11), 826-832.
44. Topçu, S. (2009). *Cinsel İstismar*, Ankara: Phoenix Yayınevi.
45. Günçe, G. (1991). Çocuğun cinsel istismarı. Konaç E, Gürkaynak I, Egemen A. (der) çocukların kötü muameleden korunması 1. Ulusal Kongre Kitapçığı. Ankara, Gözde Petro Ofset, 125-134.
46. Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18 (5), 409-417.
47. Kellogg, N. (2005). The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics*, 116, 506-512.
48. Rennison, C. M., and Michael, R. R. (2003). *Criminal Victimization 2002: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics*. Washington, DC.
49. US Department of Health and Human Services. (2001). A.C., Youth and Families, Child Maltreatment 1999: Report from the states to the national child abuse and neglect data system. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.



50. Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 85-91.
51. Trickett, P. K., Kurtz, D. A., & Noll, J. G. (2005). The consequences of child sexual abuse for female development. In *Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 357-379). Springer US.
52. Chelf, C. M., & Ellis, J. B. (2002). Young adults who were sexually abused: Demographics as predictors of their coping behaviors. *Child abuse & neglect*, 26(3), 313-316.
53. Kogan, S. M. (2004). Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child abuse & neglect*, 28(2), 147-165.
54. Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child abuse & neglect*, 27(10), 1205-1222.
55. Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364(9432), 462-470.
56. Curtis, T., Larsen, F. B., Helweg-Larsen, K., & Bjerregaard, P. (2002). Violence, sexual abuse and health in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2), 110-122.
57. Halperin, D. S., Bouvier, P., Jaffe, P. D., Mounoud, R. L., Pawlak, C. H., Laederach, J., ... & Astie, F. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *Bmj*, 312(7042), 1326-1329.
58. Ronan, K. R., Canoy, D. F., & Burke, K. J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist*, 44(3), 195-213.
59. Dunne, M. P., Purdie, D. M., Cook, M. D., Boyle, F. M., & Najman, J. M. (2003). Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia. *Child abuse & neglect*, 27(2), 141-152.
60. Helweg-Larsen, K., & Larsen, H. B. (2006). The prevalence of unwanted and unlawful sexual experiences reported by Danish adolescents: Results from a national youth survey in 2002. *Acta Paediatrica*, 95(10), 1270-1276.
61. Madu, S. N., & Peltzer, K. (2001). Prevalence and patterns of child sexual abuse and victim-perpetrator relationship among secondary school students in the northern province (South Africa). *Archives of sexual behavior*, 30(3), 311-321.

62. Pineda-Lucatero, A. G., Trujillo-Hernández, B., Millán-Guerrero, R. O., & Vásquez, C. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse among Mexican adolescents. *Child: care, health and development*, 35(2), 184-189.
63. Sabina, C., Wolak, J., & Finkelhor, D. (2008). The nature and dynamics of Internet pornography exposure for youth. *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), 691-693.
64. National Center on Child Abuse and Neglect. (1996). Child maltreatment 1994: Reports from the states to the National Center On Child Abuse And Neglect. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
65. Bear, T., Schenk, S., & Buckner, L. (1993). Supporting victims of child abuse. *Educational Leadership*, 31, 42-47.
66. Durfee, M. J., & Gellert, G. A. (1992). Origins and clinical relevance of child death review teams. *Jama*, 267(23), 3172-3175.
67. Geiser, R. L. (1979). *Hidden victims: The sexual abuse of children*. Boston: Beacon Press.
68. Koten, Y., Tuğlu, C., & Abay, E. (1996). Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirimini. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, 154.
69. Akyuz, G., Sar, V., Kugu, N., & Doğan, O. (2005). Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *European Psychiatry*, 20(3), 268-273.
70. Yavuz, M. F., Yavuz, M. S., Asirdizer, M., & Muderrisoglu, S. (2002). Child victims of anal rape. *Journal de Medicine Legale Droit Medical Victimologie Dommage Corporel*, 45, 189.
71. Dönmez, Y. E., Soylu, N., Özcan, Ö. Ö., Yüksel, T., Demir, A. Ç., Bayhan, P. Ç., & Miniksar, D. Y. (2014). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21(1).
72. Öztop, D. B., & Özcan, Ö. Ö. (2010, October). Cinsel İstismar Vak'alarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. In *Yeni Symposium*(Vol. 48, No. 4).
73. Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 17(1), 67-70.

74. Carey, P. D., Walker, J. L., Rossouw, W., Seedat, S., & Stein, D. J. (2008). Risk indicators and psychopathology in traumatised children and adolescents with a history of sexual abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(2), 93-98.
75. Tang, S. S. S., Freyd, J. J., & Wang, M. (2008). What do we know about gender in the disclosure of child sexual abuse?. *Journal of Psychological Trauma, 6*(4), 1-26.
76. Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(11), 1301-1309.
77. Fergusson, D., Lynskey, M., Horwood, L. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 1355–1364.
78. Graham, L., Rogers, P., & Davies, M. (2007). Attributions in a hypothetical child sexual abuse case: Roles of abuse type, family response and respondent gender. *Journal of Family Violence, 22*(8), 733-745.
79. Black, C. A., & De Blassie, R. R. (1993). Sexual abuse in male children and adolescents: Indicators, effects, and treatments. *Adolescence, 28*(109), 123-134.
80. Garnefski, N., & Diekstra, R. F. (1997). Child sexual abuse and emotional and behavioral problems in adolescence: Gender differences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 323-329.
81. Walker, J. L., Carey, P. D., Mohr, N., Stein, D. J., & Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Archives of Women's Mental Health, 7*(2), 111-121.
82. Westcott, H. L., & Jones, D. P. (1999). Annotation: The abuse of disabled children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(4), 497-506.
83. Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., ... & Firth, H. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*(3), 194-201.
84. Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment, 5*(3), 205-217.

85. Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C., & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*, *116*(3), 609-613.
86. Berger, L. M. (2005). Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child abuse & neglect*, *29*(2), 107-133.
87. Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, *163*(6), 721-732.
88. Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child abuse & neglect*, *27*(12), 1409-1425.
89. Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents?. *American journal of orthopsychiatry*, *57*(2), 186.
90. Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., ... & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, *59*(2), 139-145.
91. Straus, M. A., & Smith, C. (1990). Family patterns and child abuse. *Physical Violence in American Families*, *32*, 245-262.
92. Reinemann, D. H., Stark, K. D., & Swearer, S. M. (2003). Family factors that differentiate sexually abused and nonabused adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, *18*(5), 471-489.
93. Hébert, M., Collin-Vézina, D., Daigneault, I., Parent, N., & Tremblay, C. (2006). Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis. *Comprehensive psychiatry*, *47*(6), 443-455.
94. Gencer, Ö., Özbek, A., Özyurt, G., & Kavurma, C. (2016). Çocuk ve ergenlerde aile dışı ve aile içi cinsel istismar olgularının karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *17*(1).
95. Polat, O. (2001). Cinsel istismar. *Çocuk ve Şiddet*, Der Yayınları, 207-314.
96. Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS spectrums*, *8*(10), 737-754.

97. Watson, B. (2007). *Sexual abuse of girls and adult couple relationships: Risk and protective factors* (Doctoral dissertation, Faculty of Health, Griffith University).
98. Denov, M. S. (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*(10), 1137-1156.
99. Saewyc, E., & Levitt, C. (2006). Gender differences In extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *The Journal of School Nursing, 22*(5), 278-284.
100. Bussen, S., Rehn, M., Haller, A., Weichert, K., & Dietl, J. (2001). [Genital findings in sexually abused prepubertal girls]. *Zentralblatt fur Gynakologie, 123*(10), 562-567.
101. Kairys, S. W., Alexander, R. C., Block, R. W., Everett, V. D., Hymel, K. P., Johnson, C. F., ... & Bays, J. A. (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics, 103*(1), 186-191.
102. Finkel, M. A., & DeJong, A. R. (1994). Medical findings in child sexual abuse. *Child abuse: Medical diagnosis and management, 185-247*.
103. Emans, S. J., Laufer, M. R., Goldstein, D. P. (1998). Sex Abuse. In: Emans, S. J., Laufer, M. R., Goldstein, D. P. (eds), *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Lippincott Raven Publishers, 751-794.
104. Doğan, Ö. Ö. (2009). Cinsel İstismara Uğrayan Ergenlerde Bireysel, Ailesel ve İstismara Ait Özelliklerin Tanımlanarak, İstismara Uğrama ve Psikiyatrik Bozukluk Oluşumu Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. *Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir*.
105. Smith, M., Bentovim, A. (1994). Sexual abuse. In: Rutter, M., Taylor, E., Hersov, L. (eds), *Third Edition, Child and Adolescent Psychiatry*. New York: Science Ltd, 230-243.
106. Hymel, K. P., Jenny, C. (1996) Child sexual abuse. *Pediatrics in review/American Academy of Pediatrics, 17*(7), 236-249.
107. Meran, N. (2007). *Açıklamalı-içtihatlı 5237 sayılı Yeni Türk ceza kanunu*. Seçkin Yayıncılık.
108. Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 158*(7), 1034-1039.

109. Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health, 91*(5), 753.
110. Renteria, S. C. (2005). [Sexual abuse of female children and adolescents-detection, examination and primary care]. *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique, 62*(4), 230-237.
111. Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological bulletin, 124*(1), 22.
112. Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(11), 1408-1423.
113. Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 23*(2), 115-128.
114. Krahe, B. (2000). Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence and adulthood. *Journal of Personal & Interpersonal Loss, 5*(2-3), 149-165.
115. Peckham, N. G. (2007). The vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities, 35*(2), 131-137.
116. Feerick, M. M., & Snow, K. L. (2005). The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. *Journal of family violence, 20*(6), 409-419.
117. Danielson, C. K., de Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment, 10*(1), 37-48.
118. Buzi, R. S., Weinman, M. L., & Smith, P. B. (2007). The relationship between adolescent depression and a history of sexual abuse. *Adolescence, 42*(168), 679.

119. Tebbutt, J., Swanston, H., Oates, R. K., & O'TOOLE, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: Persisting dysfunction and problems of prediction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 330-339.
120. Shapiro, J. P., Leifer, M., Martone, M. W., & Kassem, L. (1990). Multimethod assessment of depression in sexually abused girls. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 234-248.
121. Gladstone, G., Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., & Austin, M. P. (1999). Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 431-437.
122. Lundqvist, G., Hansson, K., & Svedin, C. G. (2004). The influence of childhood sexual abuse factors on women's health. *Nordic journal of psychiatry*, 58(5), 395-401.
123. Alami, K. M., & Kadri, N. (2004). Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long-term repercussions: A population-based epidemiological study. *Archives of women's mental health*, 7(4), 237-242.
124. Chaffin, M., Silovsky, J. F., & Vaughn, C. (2005). Temporal concordance of anxiety disorders and child sexual abuse: implications for direct versus artifactual effects of sexual abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 210-222.
125. Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M. E., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.
126. Lahoti, S. L., McClain, N. A. T. A. L. I. E., Girardet, R. E. B. E. C. C. A., McNeese, M. A. R. G. A. R. E. T., & Cheung, K. (2001). Evaluating the child for sexual abuse. *American family physician*, 63(5), 883-896.
127. Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismar› ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
128. Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 15(4), 537-556.

129. Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: Prevalence and associations with eating behaviors and psychological health. *Journal of child sexual abuse, 12*(1), 17-37.
130. Garrison, C. Z., Bryant, E. S., Addy, C. L., Spurrier, P. G., Freedy, J. R., & Kilpatrick, D. G. (1995). Posttraumatic stress disorder in adolescents after Hurricane Andrew. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(9), 1193-1201.
131. Topçu, S. (1997). *Çocuk ve gençlerin cinsel istismarı: ensest ve pedofili*. Doruk Yayıncılık.
132. Fassler, I. R., Amodeo, M., Griffin, M. L., Clay, C. M., & Ellis, M. A. (2005). Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect, 29*(3), 269-284.
133. Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *The Journal of nervous and mental disease, 193*(4), 258-264.
134. Johnson, R. J., Rew, L., & Sternglanz, R. W. (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence, 41*(162), 221.
135. Rogers, C. M., & Terry, T. (1984). Clinical intervention with boy victims of sexual abuse. *Victims of sexual aggression, 91-104*.
136. Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, G. P., & Mullen, P. E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *The American journal of psychiatry, 152*(9), 1336.
137. Adams, J., McClellan, J., Douglass, D., McCurry, C., & Storck, M. (1995). Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child abuse & neglect, 19*(5), 555-568.
138. Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., ... & Broughton, D. (1992). Child sexual behavior inventory: normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment, 4*(3), 303.
139. Arriola, K. R., Loudon, T., Doldren, M. A., & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child abuse & neglect, 29*(6), 725-746.



140. Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(12), 1452-1471.
141. Craissati, J., & McClurg, G. (1996). The challenge project: perpetrators of child sexual abuse in south east London. *Child abuse & neglect, 20*(11), 1067-1077.
142. Romano, E., & De Luca, R. V. (1997). Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *Journal of Family Violence, 12*(1), 85-98.
143. Kendall-Tackett, K. A., & Eckenrode, J. (1996). The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child abuse & neglect, 20*(3), 161-169.
144. Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology, 135*(1), 17-36.
145. Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child abuse & neglect, 28*(8), 877-888.
146. Widom, C. S., Ireland, T., & Glynn, P. J. (1995). Alcohol abuse in abused and neglected children followed-up: are they at increased risk?. *Journal of studies on alcohol, 56*(2), 207-217.
147. Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(1), 71-74.
148. Kaplan, S. J., Labruna, V., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., & Weiner, M. (1999). Physically abused adolescents: behavior problems, functional impairment, and comparison of informants' reports. *Pediatrics, 104*(1), 43-49.
149. Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical psychology review, 19*(5), 631-657.

150. Putnam, F. W., Helmers, K., Horowitz, L. A., & Trickett, P. K. (1995). Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child abuse & neglect, 19*(5), 645-655.
151. Sharpe, D., & Faye, C. (2006). Non-epileptic seizures and child sexual abuse: a critical review of the literature. *Clinical psychology review, 26*(8), 1020-1040.
152. Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 192*(3), 166-170.
153. Sar, V., Akyuz, G., Kugu, N., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(10), 1583-1590.
154. Polat, O. (2007). Çocuk Psikiyatrisi Bakış Açısından Çocuk İstismarı ve İhmali, Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 2- Önleme ve Rehabilitasyon, içinde, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 139-150.
155. "Solicitation", Türkçe kelime anlamı. (2016). Erişim tarihi: 10 Aralık 2016, <http://tureng.com/tr/turkce-ingilizce/solicitation>.
156. Noll, J. G., Shenk, C. E., Barnes, J. E., & Putnam, F. W. (2009). Childhood abuse, avatar choices, and other risk factors associated with Internet-initiated victimization of adolescent girls. *Pediatrics, 123*(6), e1078-e1083.
157. Attorney, B. D. (2010). Sexting. *Pittsfield, MA: Commonwealth of Massachusetts. Retrieved from: www.mass.*
158. Mishna, F., McLuckie, A., & Saini, M. (2009). Real-world dangers in an online reality: A qualitative study examining online relationships and cyber abuse. *Social Work Research, 33*(2), 107-118.
159. Boss, C. (2007). Jail not a given in sex stings; Most who try to prey on kids do little or no time. *The Columbus Dispatch. Retrieved from: www.dispatch.com.*
160. Crimaldi, L. (2007 May 26). Cops, child advocates offer advice to keep kids safe from web of predators. *The Boston Herald.*
161. Kelly, K. (2005). To protect the innocent. Learning to keep sexual predators at bay. *US News & World Report, 138*(22), 72.
162. The Inquisitr. (2013). Facebook sexual predator: Teacher lured in boys using social networking. *Retrieved from: www.inquisitr.com.*

163. Lenhart, A., Madden, M., & Hitlin, P. (2005). Teens and technology. Youth are leading the transition to a fully wired and mobile nation. Washington, DC: Pew Research Center, Pew/Internet, Pew Internet & American Life Project. Available at: [www.pewinternet.org/pdfs/ PIP\\_Teens\\_Tech\\_July2005web.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Teens_Tech_July2005web.pdf).
164. Lenhart, A., Madden, M., Smith, A., Purcell, K., Zickuhr, K., & Rainie, L. (2011). In P. I. A. L. Project (Ed.), Teens, kindness and cruelty on social networking sites. Washington, DC: Pew Research Center.
165. Lenhart, A. (2009). Teens and social media: An overview. Retrieved from <http://www.pewInternet.org>.
166. Lenhart, A. (2012). Teens, smartphones & texting. Pew Internet & American Life Project,. Retrieved from <http://www.pewInternet.org>.
167. Lenhart, A., Ling, R., Campbell, S., & Purcell, K. (2010). Teens and mobile phones: Text messaging explodes as teens embrace it as the centerpiece of their communication strategies with friends. Retrieved from <http://www.pewInternet.org>.
168. Lenhart, A., Madden, M., Macgill, A., & Smith, A. (2007). Teens and social media: The use of social media gains a greater foothold in teen life as they embrace the conversational nature of interactive online media. Washington, DC: Pew Research Center, Pew/Internet, Pew Internet & American Life Project.
169. Lenhart, A., Purcell, K., Smith, A., & Zickuhr, K. (2010). Social Media & Mobile Internet Use among Teens and Young Adults. Millennials. *Pew internet & American life project*.
170. Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., & Korchmaros, J. D. (2011). National trends in exposure to and experiences of violence on the Internet among children. *Pediatrics*, peds-2011.
171. Baumgartner, S. E., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2010). Unwanted online sexual solicitation and risky sexual online behavior across the lifespan. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(6), 439-447.
172. Helweg-Larsen, K., Schütt, N., & Larsen, H. B. (2012). Predictors and protective factors for adolescent Internet victimization: results from a 2008 nationwide Danish youth survey. *Acta paediatrica*, 101(5), 533-539.
173. Livingstone, S., Kirwil, L., Ponte, C., & Staksrud, E. (2013). In their own words: what bothers children online? with the EU Kids Online Network. *LSE London: EU Kids On-line*.

174. Mitchell, K. J., Jones, L. M., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2013). Understanding the decline in unwanted online sexual solicitations for US youth 2000–2010: Findings from three Youth Internet Safety Surveys. *Child abuse & neglect, 37*(12), 1225-1236.
175. Baumgartner, S. E., Sumter, S. R., Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2012). Identifying teens at risk: Developmental pathways of online and offline sexual risk behavior. *Pediatrics, 130*(6), e1489-e1496.
176. Benotsch, E. G., Snipes, D. J., Martin, A. M., & Bull, S. S. (2013). Sexting, substance use, and sexual risk behavior in young adults. *Journal of Adolescent Health, 52*(3), 307-313.
177. Houck, C. D., Barker, D., Rizzo, C., Hancock, E., Norton, A., & Brown, L. K. (2014). Sexting and sexual behavior in at-risk adolescents. *Pediatrics, 133*(2), e276-e282.
178. Benthin, A., Slovic, P., & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of adolescence, 16*(2), 153.
179. Boyer, T. W. (2006). The development of risk-taking: A multi-perspective review. *Developmental review, 26*(3), 291-345.
180. Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental review, 28*(1), 78-106.
181. Baumgartner, S. E., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2010). Assessing causality in the relationship between adolescents' risky sexual online behavior and their perceptions of this behavior. *Journal of youth and adolescence, 39*(10), 1226-1239.
182. Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2007). Internet prevention messages: Targeting the right online behaviors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 161*(2), 138-145.
183. Livingstone, S., & Smith, P. K. (2014). Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of child psychology and psychiatry, 55*(6), 635-654.
184. Noll, J. G., Shenk, C. E., Barnes, J. E., & Haralson, K. J. (2013). Association of maltreatment with high-risk internet behaviors and offline encounters. *Pediatrics, 131*(2), e510-e517.

185. Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Wolak, J. (2007). Youth Internet users at risk for the most serious online sexual solicitations. *American journal of preventive medicine*, 32(6), 532-537.
186. Jonsson, L. S., Bladh, M., Priebe, G., & Svedin, C. G. (2015). Online sexual behaviours among Swedish youth: associations to background factors, behaviours and abuse. *European child & adolescent psychiatry*, 24(10), 1245-1260.
187. Ybarra, M. L., Diener-West, M., & Leaf, P. J. (2007). Examining the overlap in Internet harassment and school bullying: Implications for school intervention. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), S42-S50.
188. Ybarra, M. L., Espelage, D. L., & Mitchell, K. J. (2007). The co-occurrence of Internet harassment and unwanted sexual solicitation victimization and perpetration: Associations with psychosocial indicators. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), S31-S41.
189. Ybarra, M. L. (2004). Linkages between depressive symptomatology and Internet harassment among young regular Internet users. *CyberPsychology & Behavior*, 7(2), 247-257.
190. Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2007). Prevalence and frequency of Internet harassment instigation: Implications for adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 41(2), 189-195.
191. Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, Internet use, and personal characteristics. *Journal of adolescence*, 27(3), 319-336.
192. Ybarra, M. L., & Mitchell, K. J. (2004). Online aggressor/targets, aggressors, and targets: A comparison of associated youth characteristics. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1308-1316.
193. Birliği, A. P., & Tanısal, R. B. (2013). Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, *Hekimler Yayın Birliği, Ankara*.
194. Bowman, M. L. (1999). Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(1), 21-33.

195. Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.
196. Javidi, H., Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3, 2-9.
197. Coleman, P. (2006). *Flashback: Posttraumatic stress disorder, suicide, and the lessons of war*. Beacon Press.
198. Hitchcock, F. C. (2001). *Stand To: A Diary of the Trenches*. Heathfield, England: The Naval & Military Press, Ltd.
199. El-Sarraj, E., Diab, T., Thabet, A. A. (2008). Post-traumatic stress disorder. In: Laeth Sari Nasir LS, Abdul-Haq AK, eds. *Caing for arab patients: A Biopsychosocial Approach*, Radcliffe Publishing, 185-197.
200. Buther, J. N., Mineka, S., Hooley, J. (2007). *Abnormal Psychology* 13th ed, Pearson/Allyn and Bacon.
201. Gersons, B. P., & Carlier, I. V. (1992). Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 742-748.
202. McFarlane, A. C. (1987). Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 764-769.
203. Gersons, B. P., & Carlier, I. V. (1992). Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 742-748.
204. Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*, 3rd edition. Oxford University Press.
205. Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American journal of epidemiology*, 147(4), 353-361.
206. Örgütü, D. S. (1993). ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). *Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara*.
207. Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647.

208. Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 409.
209. Afari, N., Harder, L. H., Madra, N. J., Heppner, P. S., Moeller-Bertram, T., King, C., & Baker, D. G. (2009). PTSD, combat injury, and headache in veterans returning from Iraq/Afghanistan. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 49(9), 1267-1276.
210. Noyes, R., Hoehn-Saric, R. (1998). The anxiety disorders. Cambridge, UK: New York, NY, USA: Cambridge University Press.
211. McFarlane, A. C., De Giralomo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In: Traumatic Stress, Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Waisaeth, L. (Ed), New York, The Guildford Press, 129-154.
212. Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 626-632.
213. Davidson, J. R. T., Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In: Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond, Davidson, J. R. T., Foa, E. B. (Ed), Washington, DC: American Psychiatric Press, 147-172.
214. Silva, R. R. (2004). *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: Handbook*. WW Norton & Company.
215. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
216. Sharan, P., Chaudhary, G., Kavathekar, S. A., & Saxena, S. (1996). Disasters. *American Journal of Psychiatry*, 153, 556-558.
217. Dooley, E., & Gunn, J. (1995). The psychological effects of disaster at sea. *The British Journal of Psychiatry*, 167(2), 233-237.

218. Weine, S. M., Vojvoda, D., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Hodzic, E., Laub, D., ... & Lazrove, S. (1998). PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 562-564.
219. Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222.
220. Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*, 132(6), 959.
221. Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American journal of Psychiatry*, 156(6), 902-907.
222. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
223. Card, J. J. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 6-17.
224. Frederick, C. J. (1985). Children traumatized by catastrophic situations. In: Eth, S., Pynoos, R. S. (eds). *Posttraumatic Stress Disorder in Children*, Washington, DC: American Psychiatric Press, 71-99.
225. Perry, B. D., Azad, T. (1999). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 11, 310-316.
226. Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., ... & Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of general psychiatry*, 44(12), 1057-1063.
227. Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., ... & Fairbanks, L. A. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *The British Journal of Psychiatry*, 163(2), 239-247.
228. Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.



229. Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(4), 692.
230. Erbes, C. R., Polusny, M. A., Arbisi, P. A., & Koffel, E. (2012). PTSD symptoms in a cohort of National Guard soldiers deployed to Iraq: Evidence for nonspecific and specific components. *Journal of affective disorders, 142*(1), 269-274.
231. Price, H. H. (2007). Rate of British psychiatric combat casualties compared to recent American wars. *Journal of the Royal Army Medical Corps, 153*(1), 58.
232. Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., & Murphy, F. M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *American journal of epidemiology, 157*(2), 141-148.
233. Abenheim, L., Dab, W., & Salmi, L. R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982–1987). *Journal of Clinical Epidemiology, 45*(2), 103-109.
234. Neylan, T. C., Lenoci, M., Rothlind, J., Metzler, T. J., Schuff, N., Du, A. T., ... & Marmar, C. R. (2004). Attention, learning, and memory in posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 17*(1), 41-46.
235. Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, B. K., Rourke, K. M., Wilson, D., ... & Kulka, R. A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Jama, 288*(5), 581-588.
236. Gabriel, R., Ferrando, L., Cortón, E. S., Mingote, C., García-Camba, E., Liria, A. F., & Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: an epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry, 22*(6), 339-346.
237. Eşsizoğlu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Önal, S., Yıldırım, E. A., & Aker, T. (2009). Bir terörist saldırı sonrasında travma sonrası stres bozukluğu gelişimini etkileyen risk faktörleri. *Türk Psikiyatri Derg, 20*(2), 118-126.

238. Rodoplu, Ü., Arnold, J. L., Tokyay, R., Ersoy, G., Cetiner, S., & Yücel, T. (2004). Mass-casualty terrorist bombings in Istanbul, Turkey, November 2003: report of the events and the prehospital emergency response. *Prehospital and disaster medicine*, 19(02), 133-145.
239. Chester, D. K. (1995). International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies," World Disasters Report 1994"(Book Review). *Third World Planning Review*, 17(3), 357.
240. Havenaar, J. M., Rummyantzeva, G. M., van den Brink, W., Poelijoe, N. W., Van den Bout, J., van Engeland, H., & Koeter, M. W. (1997). Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1605-1607.
241. Başoğlu, M., Şalcıoğlu, E., & Livanou, M. (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of traumatic stress*, 15(4), 269-276.
242. Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-895.
243. Kokai, M., Fujii, S., Shinfuku, N., & Edwards, G. (2004). Natural disaster and mental health in Asia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(2), 110-116.
244. Carr, V. J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Hazell, P. L., Kenardy, J. A., & Carter, G. L. (1995). Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychological medicine*, 25(3), 539-556.
245. Cao, H., McFarlane, A. C., & Klimidis, S. (2003). Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(4), 204-212.
246. Tural, U., Aker, T., Onder, E., Yuksel, G., Kilic, C., Ozten, E., & Cerit, C. (2004). PTSD and comorbid depression after the marmara earthquake: an epidemiological study. In *Annual Meeting of Disaster Psychiatry Outreach, Miami. 4th International Congress of Disaster Psychiatry. Approaches to disaster psychiatry: Good science or good intentions.*

247. Altindag, A., Ozen, S., & Sir, A. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 328-333.
248. Karamustafalioglu, O. K., Zohar, J., Guveli, M., Gal, G., Bakim, B., Fostick, L., ... & Sasson, Y. (2006). Natural course of posttraumatic stress disorder: a 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 882-889.
249. Turner, S. W., Thompson, J., & Rosser, R. M. (1995). The Kings Cross fire: psychological reactions. *Journal of traumatic stress*, 8(3), 419-427.
250. McFarlane, A. C., Williamson, P., & Barton, C. A. (2009). The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *Journal of public health policy*, 30(3), 311-327.
251. Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
252. Foa, E. B., Davidson, J. R. T., Frances, A. (1997). Treatment of Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60.
253. Mason, J. W., Giller, E. L., Kosten, T. R., Ostroff, R. B., & Podd, L. (1986). Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(3), 145-149.
254. Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748.
255. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
256. Sungur, M. Z. (1999). İkincil Travma ve Sosyal Destek. *Klinik Psikiyatri*, 2, 105-108.
257. Yehuda, R., Siever, L. J., Teicher, M. H., Levengood, R. A., Gerber, D. K., Schmeidler, J., & Yang, R. K. (1998). Plasma norepinephrine and 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol concentrations and severity of depression in combat posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Biological psychiatry*, 44(1), 56-63.

258. Geraciotti Jr, T. D., Baker, D. G., Ekhatov, N. N., West, S. A., Hill, K. K., Bruce, A. B., ... & Kasckow, J. W. (2001). CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1227-1230.
259. Arborelius, L., Owens, M. J., Plotsky, P. M., & Nemeroff, C. B. (1999). The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *Journal of endocrinology*, 160(1), 1-12.
260. Fuchs, E., & Gould, E. (2000). In vivo neurogenesis in the adult brain: regulation and functional implications. *European Journal of Neuroscience*, 12(7), 2211-2214.
261. Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25.
262. Yehuda, R. (2006). Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 137-166.
263. Dominique, J. F., & Margraf, J. (2008). Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. *European journal of pharmacology*, 583(2), 365-371.
264. Resnick, H. S., Yehuda, R., Pitman, R. K., & Foy, D. W. (1995). Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *The American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1675.
265. Prange, A. J. (1999). Thyroid axis sustaining hypothesis of posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic medicine*, 61(2), 139-140.
266. Wang, S., & Mason, J. (1999). Elevations of serum T3 levels and their association with symptoms in World War II veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: replication of findings in Vietnam combat veterans. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 131-138.
267. Kılıçoğlu, A. (2007). Stres ve Beyindeki Etkileri: Bir Gözden Geçirme. *New Symposium Journal*, 45(3), 46.
268. Redmond, D. E., & Huang, Y. H. (1979). II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. *Life sciences*, 25(26), 2149-2162.

269. Vermetten, E., & Bremner, J. D. (2002). Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, *16*(1), 14-38.
270. Strawn, J. R., & Geraciotti, T. D. (2008). Noradrenergic dysfunction and the psychopharmacology of posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, *25*(3), 260-271.
271. Southwick, S. M., Morgan, C. A., Darnell, A., Bremner, D., Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., & Charney, D. S. (1995). Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *152*(8), 1150-1155.
272. Southwick, S. M., Krystal, J. H., Bremner, J. D., Morgan, C., Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., ... & Charney, D. S. (1997). Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *54*(8), 749-758.
273. Bonne, O., Bain, E., Neumeister, A., Nugent, A. C., Vythilingam, M., Carson, R. E., ... & Charney, D. S. (2005). No change in serotonin type 1A receptor binding in patients with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 383-385.
274. Douglas, J. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, *152*, 973-998.
275. Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., ... & Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse—a preliminary report. *Biological psychiatry*, *41*(1), 23-32.
276. Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Lasko, N. B., Gilbertson, M. W., ... & Pitman, R. K. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, *40*(11), 1091-1099.
277. Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological medicine*, *27*(04), 951-959.

278. Hendler, T., Rotshtein, P., Yeshurun, Y., Weizmann, T., Kahn, I., Ben-Bashat, D., ... & Bleich, A. (2003). Sensing the invisible: differential sensitivity of visual cortex and amygdala to traumatic context. *Neuroimage*, *19*(3), 587-600.
279. Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., McInerney, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., ... & Pitman, R. K. (2000). Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biological psychiatry*, *47*(9), 769-776.
280. Rauch, S. L., Shin, L. M., Segal, E., Pitman, R. K., Carson, M. A., McMullin, K., ... & Makris, N. (2003). Selectively reduced regional cortical volumes in post-traumatic stress disorder. *Neuroreport*, *14*(7), 913-916.
281. Özgen, F., & Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, *1*, 34-41.
282. Marks, S. I. (1978). Exposure therapy; conceptual issues. In: Behavior Modification; Principles and clinical Application, Second edition, Agras, S. W. (Ed), Boston: Little Brown Company, 163-203.
283. Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, *43*(3), 151.
284. Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy*, *20*(2), 155-176.
285. Aker, T., Önder, M. (2003). Psikolojik Travma ve Sonuçlar, Ankara: Epsilon Reklamcılık.
286. Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, *69*(4), 621.
287. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome*. Prentice-Hall, Inc, 202-227.
288. Aker, T. (2000). Travma sonrası stres bozukluğunun bilişsel ve davranışçı terapileri. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, *8*, 38-46.
289. Merckelbach, H., Muris, P. (2001). Specific Phobias. In: Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research, Griez E. J. L., Faravelli, C., Nutt, D., Zohar J. (Ed), London, John Wiley, Sons Ltd, 105-135.

290. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
291. Yehuda, R., Halligan, S. L., & Bierer, L. M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of psychiatric research*, 35(5), 261-270.
292. Sack, W. H., Clarke, G. N., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1160-1166.
293. Koenen, K. C., Fu, Q. J., Ertel, K., Lyons, M. J., Eisen, S. A., True, W. R., ... & Tsuang, M. T. (2008). Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. *Journal of affective disorders*, 105(1), 109-115.
294. Dikkatli, S. (2000). TSSB'de etiyolojik faktör olarak ailenin araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
295. Birliği, A. P., & Tanısal, R. B. (2001). Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV- TR), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
296. Weiss, D. S., Marmar, C. R., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Kathleen Jordan, B., Hough, R. L., & Kulka, R. A. (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 365-376.
297. Kilpatrick, D. G. (2005). A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 379-384.
298. Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child abuse & neglect*, 30(2), 109-125.
299. American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4 th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
300. Cohen, J. A. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(10), 4S-26S.

301. Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(2), 191-200.
302. Yorbık, Ö., Türkbay, T., Ekmen, M., Demirkan, S., & Söhmen, T. (1999). Çocuk ve ergenlerde depremlle ilişkili travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6*(3), 158-164.
303. Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus, 1*(3), 322-334.
304. Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric post traumatic stress disorder after 2 years. *Child Abuse & Neglect, 20*(12), 1245-1248.
305. Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin, 113*(1), 164.
306. Oğuz, T. F., & Kılıç, E. Z. (1999). Çocuk ve ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6*(3), 172-181.
307. Shalev, A. Y., Sahar, T., Freedman, S., Peri, T., Glick, N., Brandes, D., ... & Pitman, R. K. (1998). A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry, 55*(6), 553-559.
308. Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation. *Am J Psychiatry, 146*(12), 1S30-1S40.
309. Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapy, 13*, 187-188.
310. Spitzer, R. L. (1987). Williams jBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *New York, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.*
311. Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., Williams, J. B., & Spitzer, R. L. (1981). NIMH diagnostic interview schedule: Version III. *Rockville, MD: National Institute of Mental Health.*



312. Davidson, J., Smith, R., & Kudler, H. (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder: Experience with a structured interview. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(6), 336-341.
313. Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 81-87.
314. Roszell, D. K., McFall, M. E., & Malas, K. L. (1991). Frequency of symptoms and concurrent psychiatric disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. *Psychiatric Services*, 42(3), 293-296.
315. Keane, T. M., & Wolfe, J. (1990). Comorbidity In Post-Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies1. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), 1776-1788.
316. Ünlü, A. G. (2014). Operasyonel Görev Yapan Askeri Personelde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Sıklığını Etkileyen Faktörler (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
317. Şahin, D. (1994) İşkenceden Sonra Gelişen Posttravmatik Stres Bozukluğu ile Kişilik Özelliklerinin Etkileşimi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
318. Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 567.
319. Tükel, R., Alkın, T. (2006) Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 385–447.
320. Blank, A. S. (1994). Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*.
321. Breslau, N., & Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149(5), 671-675.
322. Doruk, A., Aydın, H. (1993). Posttravmatic stress disorder and comorbidity. III. Congress of Balkan Military Medical committee, Abstract book, Athens-Greece, 141.

323. Kaya, B., Doğan, S. (2003). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda seyir ve prognoz. Psikolojik Travma ve Sonuçları içinde, Aker, T., Onder, M. E. (Ed), 5US Yayınları.
324. Davidson, J. R., & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 346.
325. Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 911-916.
326. Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of nervous and mental disease, 180*(12), 760-766.
327. Sungur, M., Surmeli, B. A., & Ozcubukcuoglu, A. (1995). Common features of PTSD cases amongst a group of military staff referred from the southeast region of Turkey. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 9*(4), 279-284.
328. Pine, D. S. (2000). Anxiety disorders: Clinical features. In: Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, Volume 1. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1476-1490.
329. McLEER, S. V., Deblinger, E., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(5), 875-879.
330. Gnanadesikan, M., Novins, D. K., & Beals, J. (2005). The relationship of gender and trauma characteristics to posttraumatic stress disorder in a community sample of traumatized northern plains American Indian adolescents and young adults. *The Journal of clinical psychiatry, 66*(9), 1176-1183.
331. Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women a community survey. *Journal of Interpersonal Violence, 7*(2), 189-204.
332. La Greca, A. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(4), 712.

333. Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(2), 166-173.
334. Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child abuse & neglect, 18*(1), 37-50.
335. Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological psychiatry, 51*(7), 519-531.
336. Darves-Bornoz, J. M., Lepine, J. P., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry, 13*(6), 281-287.
337. Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive psychiatry, 50*(2), 121-127.
338. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress, 5*(3), 377-391.
339. Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36*(2), 119-124.
340. Koenen, K. C. (2006). Developmental epidemiology of PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 255-266.
341. Langeland, W., & Olf, M. (2008). Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: A review of the literature. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*(1), 161-174.
342. Dyregrov, A., Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health, 11*, 176-184.
343. Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(6), 1406.

344. Brand, S. R., Engel, S. M., Canfield, R. L., & Yehuda, R. (2006). The Effect of Maternal PTSD Following in Utero Trauma Exposure on Behavior and Temperament in the 9-Month-Old Infant. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 454-458.
345. Robbie Rossman, B. B., & Ho, J. (2000). Posttraumatic response and children exposed to parental violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 85-106.
346. Ajdukovic, M. (1998). Displaced adolescents in Croatia: Sources of stress and posttraumatic stress reaction. *Adolescence*, 33(129), 209.
347. Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Finch, A. J., Daugherty, T. K., & Taylor, C. M. (1991). Children's reactions to a natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13(3), 135-154.
348. Storr, C. L., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 119–125.
349. Sinclair, E., Salmon, K., & Bryant, R. A. (2007). The role of panic attacks in acute stress disorder in children. *Journal of traumatic stress*, 20(6), 1069-1073.
350. Deykin, E. Y., & Buka, S. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 752-757.
351. O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390-1396.
352. Davis, L., & Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *Clinical child and family psychology review*, 3(3), 135-154.
353. Haugaard, J. J. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Dissociative disorders. *Child maltreatment*, 9(2), 146-153.
354. Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(1), 47-52.

355. Lemos-Miller, A., & Kearney, C. A. (2006). Depression and ethnicity as intermediary variables among dissociation, trauma-related cognitions, and PTSD symptomatology in youths. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(8), 584-590.
356. Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... & Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119-126.
357. Weierich, M. R., & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 39.
358. First Youth Internet Safety Survey (YISS-1). (2008). NDACAN Dataset Number 134 User's Guide and Codebook National Data Archive on Child Abuse and Neglect Family Life Development Center, Cornell University, Ithaca, New York, Retrieved from: [www.ndacan.cornell.edu](http://www.ndacan.cornell.edu).
359. Erden, G., Kılıç, E. Z., Uslu, R. İ., & Kerimoğlu, E. (1999). Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3), 143-149.
360. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
361. Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40(05), 791-799.
362. Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry*, 7(3), 125-130.
363. Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., & İncekaş, S. (2008). GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİNİN (GGA) TÜRKÇE UYARLAMASININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi (Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health)*, 15, 65-74.

## EK-1

### T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

#### Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

#### Katılımcı (Veli/Vasi) Bilgilendirmiş Gönüllü Olur Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ergen Hasta Popülasyonunda Online Cinsel İstismar Sıklığı, İlişkili Risk Faktörleri ve Sonrasında Oluşabilecek Travma Sonrası Stres Bozukluğu” dur.

Bu araştırmanın amacı; 12-16 yaş aralığındaki genç bireylerin internet kullanım alışkanlıklarını belirlemek, riskli internet kullanımı neticesinde oluşabilecek online (internet üzerinden) cinsel istismar sıklığının ve bu durumun neden olabileceği travma sonrası stres bozukluğunun sıklığını belirlemektir. Bu araştırma için öngörülen süre 6 ay olup, araştırmada yer alması öngörülen katılımcı sayısı toplam 160 ‘dır.

Bu araştırma ile ilgili olarak uygulanan tanı ve tedavi şemasına özen göstermek sizin sorumluluğunuzdadır. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar yine sorumlu araştırmacı tarafından bizzat karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 04223410660 (Dahili: 5442) nolu telefondan Doç. Dr. Nusret Soylu ve Araş. Gör. Dr. Yunus Emre Dönmez’e ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır, ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel bir duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı: Yunus Emre Dönmez

Görevi: Araş. Gör. Dr.

Adresi: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri AD

Tel.-Faks: 0 422 341 06 60 (Dahili: 5442)

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

## EK-2

### T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Sosyodemografik Veri Formu

1. Doğum tarihiniz: \_\_ (ay) / \_\_\_\_ (yıl)
2. Cinsiyetiniz: a) Erkek b) Kız
3. Yaşadığı yer: a) Köy b) İlçe c) Şehir Merkezi
4. Sınıfınız:  
a) 6. Sınıf d) 9. Sınıf  
b) 7. Sınıf e) 10. Sınıf  
c) 8. Sınıf f) 11. Sınıf
5. Annenizin mesleği:
6. Annenizin eğitim durumu:  
a) Okuma Yazma Bilmiyor f) Lise Mezunu  
b) İlköğretim Terk Okuma Yazma Biliyor g) Lise Terk  
c) İlköğretim Mezunu h) Ön lisans Mezunu  
d) Ortaöğretim Mezunu i) Lisans Mezunu  
e) Ortaöğretim Terk j) Yüksek lisans Mezunu
7. Annenizin psikiyatrik bir hastalığı var mı? (Uzman bir hekim tarafından tanı konulmuş olmalı)  
a) Yok b) Var (.....)
8. Babanızın mesleği:
9. Babanızın eğitim durumu:  
a) Okuma Yazma Bilmiyor f) Lise Mezunu  
b) İlköğretim Terk Okuma Yazma Biliyor g) Lise Terk  
c) İlköğretim Mezunu h) Ön lisans Mezunu  
d) Ortaöğretim Mezunu i) Lisans Mezunu  
e) Ortaöğretim Terk j) Yüksek lisans Mezunu
10. Babanızın psikiyatrik bir hastalığı var mı? (Uzman bir hekim tarafından tanı konulmuş olmalı)  
a) Yok b) Var (.....)
11. Anne-Babanız birlikte mi? :  
a) Birlikte d) Anne vefat etmiş  
b) Boşanmış e) Baba vefat etmiş  
c) Evli ama ayrı yaşıyor f) Her ikisi de vefat etmiş
12. Yaşadığınız evdeki aile yapınızı belirtiniz:  
a) Çekirdek Aile (Anne-baba-çocuklar)  
b) Geniş Aile (Büyükanne-büyükbaba-amca-dayı vs.)  
c) Dağılmış (boşanma, ayrı yaşama vs.)



13. Kiminle yaşadığınızı belirtiniz:

- a) Anne ve babamla                      e) Babaanne-Dedem ile  
b) Annemle                                  f) Sosyal hizmetler bünyesindeki kurumda kalıyorum  
c) Babamla                                  g) Diğer  
d) Anneanne-Dedem ile

14. Ailenizin aylık geliri:

- a)1300 tl den az                      b)1300-3000 tl                      c)3000 tl den yüksek

15. Bildiğiniz önemli bir hastalığınız var mı? (Şeker, tansiyon, kalp hastalığı vs.)

- a) Yok                                      b) Var (.....)

16. Bildiğiniz psikiyatrik bir hastalığınız var mı? (Uzman bir hekim tarafından tanı konulmuş olmalı)

- a) Yok                                      b) Var (.....)



## EK-3

### T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı İnternet Kullanımı Veri Formu

1. Evinizde kaç adet bilgisayar bulunmakta?
  - a) Evimizde bilgisayar yok
  - b) Bir adet
  - c) Birden fazla (Sayısı.....)
2. Evinizde internet bağlantısı var mı?
  - a) Evet
  - b) Hayır
3. Kendinize ait kişisel bir bilgisayarınız var mı? Varsa internet bağlantısı var mı?
  - a) Evet internet bağlantısı olan kişisel bir bilgisayarım var
  - b) Kişisel bir bilgisayarım var ancak internet bağlantısı yok
  - c) Hayır kişisel bir bilgisayarım yok
4. Evinizde internet bağlantısı olan bir bilgisayar var ise bu evin hangi odasında bulunmaktadır?
  - a) Yok
  - b) Salon
  - c) Oturma odası
  - d) Kendi odam
  - e) Anne ve babamın odası
5. İnternet bağlantısının mümkün olduğu bir cep telefonunuz (akıllı telefon) var mı?
  - a) Evet var
  - b) Hayır yok
6. Annenizin internet kullanım alışkanlığı nasıldır?
  - a) Hemen her gün kullanır
  - b) Haftada birkaç gün kullanır
  - c) Çok nadir kullanır
  - d) Kullanmaz
7. Babanızın internet kullanım alışkanlığı nasıldır?
  - a) Hemen her gün kullanır
  - b) Haftada birkaç gün kullanır
  - c) Çok nadir kullanır
  - d) Kullanmaz
8. Sizin internet kullanım alışkanlığınız nasıldır?
  - a) Hemen her gün kullanırım
  - b) Haftada birkaç gün kullanırım
  - c) Çok nadir kullanırım
  - d) Kullanmam
9. İnterneti daha çok hangi amaçla kullanıyorsunuz?
  - a) Okul ödevlerimi hazırlamak için
  - b) Arkadaşlarımla iletişim kurmak için (Facebook, twitter, messenger, whatsapp)
  - c) Aile fertlerimle iletişim kurmak için (Facebook, twitter, messenger, whatsapp)
  - d) Oyun oynamak için
  - e) Film, dizi, video izlemek için
  - f) Haber kaynaklarını takip etmek için
  - g) Alışveriş yapmak için

10. Kendinize ait e-mail hesabınız var mı? (Varsa sayısını belirtiniz)
- a) Var (Sayısı.....) b) Yok
11. Kendinize ait bir facebook hesabınız var mı? (Varsa kullanım sıklığını belirtiniz)
- a) Yok c) Var (Haftada birkaç gün kullanırım)  
b) Var (Her gün kullanırım) d) Var (Ayda birkaç kez kullanırım)
12. Facebook da birden fazla hesabınız var mı?
- a) Facebook hesabım yok  
b) Bir adet hesabım var  
c) Birden çok hesabım var
13. Facebook hesabınızda anne/babanız arkadaşınız olarak ekli mi?
- a) Facebook hesabım yok d) Sadece babam ekli  
b) Hayır e) Her ikisi de ekli  
c) Sadece annem ekli f) Anne/babamın facebook hesabı yok
14. Facebook arkadaş listenizde normal hayatta hiç karşılaşmadığınız arkadaşlarınız var mı?
- a) Facebook hesabım yok  
b) Evet  
c) Hayır
15. Normal hayatta tanımadığınız bir kişi sizi facebook da arkadaş olarak eklediğinde yanıtınız nasıl olur?
- a) Facebook hesabım yok d) Ailemin fikrini alıp karar veririm  
b) Kabul etmem e) Arkadaşlarımın fikrini alıp karar veririm  
c) Kabul ederim f) Emin değilim
16. Normal hayatta tanımadığınız bir kişi sizi facebook da arkadaş olarak eklediğinde yaklaşımınız nasıl olur?
- a) Facebook hesabım yok  
b) Arkadaşlık isteği gönderen kişinin profilini incelerim (profil fotoğrafını ve/veya diğer fotoğraflarına bakarım, bilgilerine bakarım, paylaşımlarına bakarım)  
c) Bana neden arkadaşlık isteği gönderdiğini öğrenmek için mesaj gönderirim  
d) Engellerim  
e) Emin değilim
17. Facebook da arkadaşınız olan ancak normal hayatta tanımadığınız birisiyle yüz yüze görüştünüz mü?
- a) Facebook hesabım yok  
b) Evet  
c) Hayır
18. Facebook da arkadaşınız olan ancak normal hayatta tanımadığınız birisiyle telefon da görüştünüz mü?
- a) Facebook hesabım yok  
b) Evet  
c) Hayır

19. Facebook profil fotoğrafınız hakkında bilgi veriniz?
- Facebook hesabım yok
  - Kendi fotoğrafım
  - Bir başkasının fotoğrafı (dizi oyuncusu, sanatçı, politikacı vb.)
  - Herhangi bir kişiye ait olmayan fotoğraf (Nesne, Manzara, Film Kahramanı vb.)
  - Hiçbir fotoğraf yok
20. Kendinize ait bir twitter hesabınız var mı? (Varsa kullanım sıklığını belirtiniz)
- Yok
  - Var (Her gün kullanım)
  - Var (Haftada birkaç gün kullanım)
  - Var (Ayda birkaç kez kullanım)
21. Kendinize ait bir blog hesabınız var mı? (Varsa kullanım sıklığını belirtiniz)
- Yok
  - Var (Her gün kullanım)
  - Var (Haftada birkaç gün kullanım)
  - Var (Ayda birkaç kez kullanım)
22. Kendinize ait bir whatsapp hesabınız var mı? (Varsa kullanım sıklığını belirtiniz)
- Yok
  - Var (Her gün kullanım)
  - Var (Haftada birkaç gün kullanım)
  - Var (Ayda birkaç kez kullanım)
23. Facebook messenger programını cep telefonunuzda ya da bilgisayarınızda kullanıyor musunuz? (Varsa kullanım sıklığını belirtiniz)
- Hayır
  - Evet (Her gün kullanım)
  - Evet (Haftada birkaç gün kullanım)
  - Evet (Ayda birkaç kez kullanım)
24. Cep telefonunuzdan ne sıklıkla kısa mesaj (sms) gönderiyorsunuz?
- Çok sık (Günde 20 den fazla)
  - Sık (Saatte bir kez)
  - Orta (Günde birkaç kez)
  - Nadir (Haftada birkaç kez)
  - Çok nadir (ayda birkaç kez)
  - Hiç
25. İnternet erişiminizi en çok nasıl sağlıyorsunuz?
- İnternet kullanmıyorum
  - Evde kendime ait bilgisayar ile
  - Evde tüm aile fertlerinin kullandığı bilgisayar ile
  - Cep telefonum ile
  - İnternet kafeye giderek
  - Okuldaki veya kütüphanedeki bilgisayarlar ile
26. Günlük internet kullanım sürenizi belirtiniz? (Cep telefonu ile olan dahil)
- 1 saatten az
  - 1-2 saat
  - 3-4 saat
  - 5-6 saat
  - 7-8 saat
  - 9-10 saat
  - 10 saatten fazla
27. Ebeveynlerinizle internet kullanımı ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?
- Hayır
  - Evet, nadiren
  - Evet, bazen
  - Evet, sık
  - Evet, çok sık

28. Ebeveynlerinizin internet kullanımınız ile ilgili sınırlayıcı kuralları var mı? (Varsa bu kurallara uyar mısınız?)

- a) Hayır herhangi bir sınırlayıcı kural yok
- b) Evet kurallar var ancak bu kurallara uymam, dikkate almam
- c) Evet kurallar var ve bu kurallara bazen uyarım
- d) Evet kurallar var ve bu kurallara sıklıkla uyarım
- e) Evet kurallar var ve bu kuralların tamamına uyarım

29. İnternet kullanımınız için ebeveynlerinizden izin alır mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

30. İnternet sizin için ne kadar önemli?

- a) Hiç önemli değil
- b) Biraz önemli
- c) Orta düzeyde önemli
- d) Çok önemli

31. İnternete erişimini sağladığınız bilgisayarlarda zararlı veya yasal olmayan siteleri ve reklamları engelleyici filtreleme programı var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

32. İnternet kullanımı nedeniyle karşılaşılabileceğiniz olumsuz durumlar ve/veya güvenli internet kullanımı ile ilgili bilgilerinizin kaynağını belirtiniz?

- a) Bu konularda bilgi sahibi değilim
- b) Bu konudaki bildiklerimi ailemden öğrendim
- c) Bu konudaki bildiklerimi öğretmenlerimde öğrendim
- d) Bu konudaki bildiklerimi arkadaşlarımdan öğrendim
- e) Kendim tecrübe ederek öğrendim

33. İnternet kullanımı nedeniyle karşılaşılabileceğiniz olumsuz durumlar ve/veya güvenli internet kullanımı ile ilgili bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

- a) Evet oldukça yeterli
- b) Evet ama kısmen
- c) Hayır yeterli değil
- d) Emin değilim

34. İnternetin ne kadar güvenli olduğunu düşünüyorsunuz?

- a) Çok güvenli olduğunu düşünüyorum
- b) Kısmen güvenli olduğunu düşünüyorum
- c) Güvensiz olduğunu düşünüyorum
- d) Emin değilim

35. İnternette istemediğiniz halde cinsel içerikli resim, video, yazı ile karşılaştınız mı?

- a) Evet, bu çok sık oluyor
- b) Evet, bazen
- c) Evet bir kaç kez oldu
- d) Hayır
- e) Emin değilim

36. İstemediğiniz halde veya bilginiz dışında uygunsuz cinsel içerikli e-mail ya da mesaj aldınız mı?

- a) Evet, bu çok sık oluyor
- b) Evet, bazen
- c) Evet bir kaç kez oldu
- d) Hayır
- e) Emin değilim

37. İlgisinin olduğunu bilmeden bir linki (internet sayfalarında herhangi bir bağlantıyı açmak için tıklamamız istenen alan) açmaya çalıştığınızda uygunsuz cinsel içerikli siteler istemediğiniz halde açılıyor mu?

a) Evet, bu çok sık oluyor

b) Evet, bazen

c) Evet bir kaç kez oldu

d) Hayır

e) Emin değilim



**EK-4****T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ****Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı****Güçler Güçlükler Anketi Öz Bildirim Formu**

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

	<b>Doğru Değil</b>	<b>Kısmen Doğru</b>	<b>Kesinlikle Doğru</b>
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?



**EK-5**

**T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı**

**Online Cinsel İstismar Formu**

**1.** Son bir yıl içinde, hiç herhangi biri siz istemediğiniz halde internette online olarak sizinle cinsel içerikli konuşmaya çalıştı mı?

a) Evet

b) Hayır

**2.** Son bir yıl içinde, hiç herhangi biri siz cevaplamak istemediğiniz halde internette sizinle ilgili cinsel bilgilere yönelik sorular sordu mu? (Burada kastedilen vücut ölçüleri, vücudunuzun nasıl görüldüğü gibi ya da cinsellikle ilgili davranışlarınıza yönelik sorulardır.)

a) Evet

b) Hayır

**3.** Son bir yıl içinde, hiç herhangi biri sizden yapmak istemediğiniz halde internette cinsel içerikli bir şeyler (fotoğraf yada video görüntüsü, kamera aracılığı ile) yapmanızı istedi mi?

a) Evet

b) Hayır

**!!** Eğer bu 3 sorudan herhangi birine cevabınız evet ise lütfen sonraki sayfadaki soruları cevaplayınız.

**!!** Eğer bu 3 sorunun hiçbirine evet demediyseniz sonraki sayfadaki soruları cevaplamayınız.

## EK-6

### T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

#### Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

#### Çocuklarda Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

\*Lütfen size en uygun olan bir seçeneği (O) daire içine alınız.

1. Bu (olay/olanlar) senin yaşındaki çocukların çoğunu üzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
2. (Olayı) düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntı hissediyor musun?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani (olay) la ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu ya da aklına sesler geliyor mu?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
4. (Olay) ile ilgi düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına geliyor mu?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
5. A) Kötü rüyalar görüyor musun?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman  
B) (Olay) la ilgili kötü ya da güzel rüyalar görüyor musun?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
6. Sana böyle bir olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
7. Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmak yada okulda etkinliklere katılmak gibi (olay) dan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (ya da kendi kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu: sana sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
10. Konuşamayacak ya da ağlayamayacak kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
11. Eskisine göre (olay öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçırıyor musun, ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman
12. İyi uyuyor musun?  
0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

13. (Olayla ilgili) “Keşke yapsaydım” dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Ya da “Keşke yapmasaydım” diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için? ( Örneğin bir şeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, ya da başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için?)

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

14. Olanlarla ilgili duygular ve düşünceler örneğin okulda ya da evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

15. Eskisi (olaydan öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toparlayabiliyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

17. Bir şey sana (olayı) anımsattığında ya da düşünmene neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri (olay) dan beri yine yapmaya başladın mı? ( Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek ya da yatağına daha sık çiş, kaka kaçırmak?)

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

19. (Olay) dan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çektiğin, yada kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman

20. Eskiden olsa yapamayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? (Örneğin, daha çok kavgaya etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında ya da caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak?)

0: Hiçbir zaman 1: Çok az bir zaman 2: Az bir zaman 3: Çoğu zaman 4: Pek çok zaman